

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Émile FLEUROT

Né le 28 juin 1902, à Précy-sous-Thil (Côte-d'Or)

No
633

PRÉSERVATION
DE LA
TUBERCULOSE
ET
VIE FAMILIALE

Président : M. L. TANON, professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1932

860

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Émile FLEUROT

Né le 28 juin 1902, à Précé-sous-Thil (Côte-d'Or)

PRÉSERVATION
DE LA
TUBERCULOSE
ET
VIE FAMILIALE

Président : M. L. TANON, professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1932

DOYEN... M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	GRÉGOIRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	LENORMANT.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.....	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
	CARNOT.
Clinique médicale.....	BEZANÇON.
	ICHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale...	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	N...
	N...
Clinique chirurgicale.....	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD.
Professeurs sans chaire.....	MAUCLAIRE.
	MULON.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
N. Physiologie.
AUBERTIN Pathologie médicale.
BÉNARD (H.)... Pathologie médicale.
BROCQ Pathologie chirurgicale.
BRULÉ Pathologie médicale.
CADENAT Pathologie chirurgicale.
CATHALA Pathologie médicale.
CHABROL Pathologie médicale.
CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
DOGNON Physique.
DONZELOT Pathologie médicale.
ÉCALLE Obstétrique.
FEY Urologie.
GARNIER Pathologie expérimentale.
GASTINEL Bactériologie.
GATELLIER .. Pathologie chirurgicale.
GIROUD Histologie.
HARVIER Pathologie médicale.
HAZARD Pharmacologie.
HOVELACQUE . Anatomie.
HUGUENIN Anatomie pathologique.
HUTINEL Pathologie médicale.
JOANNON Hygiène.
HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.

MM.

LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.
LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
LEMAITRE Oto-rhino-laryngologie.
LEVEUF Pathologie chirurgicale.
LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
LIAN Pathologie médicale.
N. Histologie.
MONDOR Pathologie chirurgicale.
MOREAU Pathologie médicale.
MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
MOURE Pathologie chirurgicale.
OBERLING Anatomie pathologique.
OLIVIER Anatomie.
PIEDELIEVRE Médecine légale.
PORTES Obstétrique.
QUÉNU Pathologie chirurgicale.
RICHET Physiologie.
SANNIÉ Chimie biologique.
SÉZARY Dermatologie et Syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur). Pathologie médicale.
VAUDESCAL .. Obstétrique.
VELTER Ophtalmologie.
VERNE Histologie.
VIGNES Obstétrique.
TROISIER..... Pathologie expérimentale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET Pharmacologie.
GUÉNIOT Obstétrique.
LEQUEUX Obstétrique.
LEROUX Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
RETTNER Histologie.
ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.	MM.
ABRAMI Clinique médicale.	HEITZ-BOYER Clinique chirurgicale.
CHIRAY Clinique médicale.	MATHIEU Clinique chirurgicale.
DEBRÉ Clinique médicale.	MOCQUOT Clinique chirurgicale.
DUVOIR Clinique médicale.	PROUST Clinique chirurgicale.
FIESSINGER .. Clinique médicale.	SCHWARTZ ... Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LEVASTINE. Clinique médicale	LE LORIER Clinique obstétricale.
BASSET Clinique chirurgicale.	LÉVY-SOLAL .. Clinique obstétricale.
CHEVASSU Clinique chirurgicale.	METZGER Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	{ Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les muti- lés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY-BERT	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Éducation physique.
WEIL-HALLÉ.....	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Au début d'un autre travail nous passions en revue tout ce que nous devions à nos premiers Maîtres, le Docteur Léon FLEUROT (*in memoriam*) notre Grand-père ; et le Docteur Pierre FLEUROT, notre Père, il nous est beaucoup plus émotionnant de le redire à la première page de cette thèse et de les remercier encore de l'exemple de leur haute conscience professionnelle et du sentiment du devoir qu'ils ont su nous inculper par leur vie toute remplie de dévouement et de bonté.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TANON

*Qui a bien voulu nous faire le grand
honneur de présider cette thèse.*

A NOS MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

Monsieur le Docteur BULLIARD (Broca)
Monsieur le Professeur CLAUDE (Asile Sainte-Anne)
Monsieur le Professeur COUVELAIRE (Baudelocque)
Monsieur le Docteur DEVRAIGNE (Lariboisière)
Monsieur le Docteur DOUAY (Broca)
Monsieur le Professeur J.-L. FAURE (Broca)
Monsieur le Docteur GANDY (Lariboisière)
Monsieur le Professeur GOUGEROT (Saint-Louis)
Monsieur le Professeur GUILLAIN (Salpêtrière)
Monsieur le Docteur LACOMME (Baudelocque)
Monsieur le Professeur LEGUEU (Necker)
Monsieur le Professeur LEMAITRE (Lariboisière)
Monsieur le Professeur LEREBoullet (Enfants-
Assistés)
Monsieur le Docteur LOUSTE (Saint-Louis)
Monsieur le Professeur NOBECOURT (Enfants-Mala-
des)
Monsieur le Professeur SICARD (*in memoriam*) (Nec-
ker)
Monsieur le Professeur TEISSIER (*in memoriam*) (Clau-
de Bernard)
Monsieur le Professeur TERRIEN (Hotel-Dieu)
Monsieur le Docteur TINEL (Charité)

Nos remerciements pour leur enseignement

A MONSIEUR LE PROFESSEUR HOVELACQUE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BRULÉ

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHABRUT

L'hommage de notre profonde gratitude pour la bonté qu'ils nous ont témoignée.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHARLES FIESSINGER

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL VOIVENEL

En témoignage de notre vive reconnaissance pour les conseils et les encouragements qu'ils ont bien voulu nous donner.

A MONSIEUR LE MÉDECIN-CAPITAINE HENRY COUMEL

Assistant des Hôpitaux Militaires

Fraternellement.

PRÉSERVATION DE LA TUBERCULOSE ET VIE FAMILIALE

Introduction

S'il est un sujet qui inquiète, s'il est une question qui importe au maximum pour le maintien vital de notre pays c'est bien celui de la tuberculose. La littérature scientifique regorge de travaux, des savants s'acharnent dans les laboratoires et dans les hôpitaux, des œuvres sociales et médicales naissent chaque jour, les pouvoirs publics recherchent les moyens de prévention, tout l'arsenal de la publicité est déclenché et pourtant la tuberculose fait encore dans notre pays un nombre de victimes considérable pour ne pas employer un terme plus fort, et, terrible faucheuse, tue nos enfants dans leurs berceaux, nos jeunes gens et jeunes filles, toute la force vive d'une nation dont la natalité est déjà si faible, sans compter tous les adultes qui sont arrachés à une vie déjà en partie réalisée et à une famille déjà fondée.

M. Moine, le statisticien du Comité National de Défense contre, la tuberculose donnait en décembre 1931 ces chiffres, pour le monde entier : *de 15 à 19 ans la tuberculose* cause 232 décès pour 100.000 femmes (dont 200 pour tuberculose pulmonaire) et 140 décès pour

100.000 hommes (dont 110 pour tuberculose pulmonaire), de 20 à 24 ans, 300 décès de tuberculose pour 100.000 femmes (275 pour tuberculose pulmonaire et 240 pour 100.000 hommes (190 pour tuberculose pulmonaire).

De 20 à 24 ans sur la mortalité totale enregistrée, on constate 56,3 pour 100 de mort par tuberculose chez la femme et 47,2 pour 100 chez l'homme.

De 18 à 45 ans plus de 40 pour 100 des décès lui sont imputables.

Le Dr Anchel donnait 700.000 individus atteints de tuberculose en France et environ 100.000 morts chaque année par cette maladie.

Il y a pour chacun de nous et pour nous médecins qui plus que d'autres sommes appelés à avoir sous les yeux ces ruines, ces délabrements, ces cataclysmes terribles que sont l'intervention du bacille de Koch dans l'organisme de l'individu et ses répercussions sur le noyau familial et de là sur le noyau social, il y a pour chacun de nous, un sujet terrible de méditation, qui comporte comme tout concept méditatif sa conclusion pratique. C'est ce résultat de notre confrontation avec la maladie et la mort des tuberculeux que nous voulons rapporter ici en le traduisant dans cette étude sur la préservation de la Tuberculose et la vie familiale, en un langage concret et pratique.

Dans les innombrables livres parus sur cette question le chercheur, dans la quiétude de son bureau, loin de tous les détails purement et basement matériels du problème peut laisser son esprit dans les

méandres des théories. Le savant devant son microscope peut, et doit même, rechercher les causes, l'étiologie, la pathogénie, confronter tous les détails des expériences et des observations cliniques qui lui sont transmises par les praticiens, mais celui qui veut faire œuvre d'hygiéniste, qui doit proposer des transformations, des améliorations dans la lutte contre ce fléau, doit faire abstraction des cas rares, des exceptions à la règle et ne voir le problème que dans le cadre de la généralité, que sous les aspects classiques que la vie pratique et son expérience journalière ou celle des autres lui permettent de juger le meilleur.

. Dans cette étude, nous voulons laisser de côté les discussions entre les auteurs, nous voulons poser le problème et essayer de le résoudre pratiquement, néanmoins, nous tenons dès le début à apporter la contribution des maîtres de l'heure, des théoriciens et des pionniers inlassables de la lutte antituberculeuse, ce qui nous permettra de conclure, d'après leurs travaux, après avoir exposé la conception de l'armement contre cette maladie, les moyens dont nous disposons, ceux qui pourraient être efficaces dans le sens, malgré tout, *du maintien de la vie familiale*.

Le 25 novembre 1930, le journal *La Vie Médicale* (qui nous rend fréquemment le service d'enquêter auprès des principales personnalités médicales internationales sur les questions les plus pressantes et les plus intéressantes de l'art de soigner les humains) publiait les réponses à cette question qu'il avait posée

à divers phtisiologues : « Quelle est, selon vous, la part relative de la transmission héréditaire et de la contagion dans la pathogénie de la tuberculose pulmonaire de l'adulte ? »

De ces réponses nous extrairons quelques lignes venant de certains interviewés qui n'ont pas tous les mêmes idées sur la pathogénie de la tuberculose mais qui s'entendent tous pour dire que dans l'état actuel de la science, de nos connaissances particulièrement du cycle de ce fléau « il faut se conduire jusqu'à présent comme si la transmission héréditaire ne jouait aucun rôle et comme si la contagion était tout (Dr Ameuille).

« Je persiste à penser avec tous ceux qui ont quelque compétence en la matière, que le rôle de la transmission héréditaire dans la propagation de la tuberculose est insignifiant au regard de celui de la contagion ; celle-ci, d'ailleurs, s'exerce principalement sur l'enfant et la tuberculose de l'adulte n'est dans l'immense majorité des cas, qu'un réveil (surinfection endogène) des lésions contractées lors de l'infection infantile (Professeur Léon Bernard).

Pour le Dr Jacquelin : « la grande notion qui s'est imposée depuis toujours à l'observation parce qu'elle domine toutes les autres conditions du développement de la phtisie, c'est que cette affection est familiale. Les cas sont innombrables de familles qu'elle décime : pour une observation de tuberculose pulmonaire isolée, apparaissant dans une famille jusque-là indemne de l'infection tuberculeuse, il n'est pas exagéré de dire

que l'on en compte cinq, peut-être six, de tuberculose familiale ».

Le Professeur agrégé Jousset pense que malgré les recherches récentes sur ce qu'on est convenu d'appeler du nom impropre d'ultra-virus, nous ne devons pas nous départir des règles si sages édictées contre la contagion.

Le Professeur Wilhelm Starlinger de Fribourg en Brisgau conclut que l'hérédité joue un rôle effacé.

M. Lacomme, accoucheur des Hôpitaux de Paris, un de ceux qui ont le mieux étudié la question de l'hérédité et de la contagion chez les enfants, dans un article où il passait en revue l'histoire, l'évolution des idées sur ce sujet, montrait qu'après avoir cru au dogme unique de l'hérédité, anéanti complètement à la fin du siècle dernier et inexistant jusqu'à ces dernières années, certains auteurs depuis la découverte de l'ultra-virus, reprenaient les hypothèses sur l'hérédité de la tuberculose et que la question était pour le moment assez confuse mais que « d'ores et déjà l'observation clinique impose la certitude que les contaminations post-natales sont le véritable facteur étiologique de la tuberculose des nourrissons. Quel que soit l'intérêt des recherches expérimentales précédentes, elles ne sauraient donc justifier l'abandon des méthodes prophylactiques actuelles. Quant à l'élevage du nouveau-né en dehors du milieu familial contaminé, il nous paraît d'autant plus important de le réaliser qu'une mère tuberculeuse représente pour son enfant la source de contagion la plus dangereuse qui soit ».

De ces quelques réponses de spécialistes éminents, qui nous permettent *pour le moment* de trancher cette question de l'antagonisme entre l'hérédité et la contagion, « question d'actualité brûlante mais qui ne se traduit qu'en discussion académique » (Dr Ameuille) et qui ne sera vraiment réglée qu'à la suite de travaux nombreux et surtout lorsque la preuve du temps aura apporté sa consécration, le dogme de la séparation du nouveau-né s'impose.

Dans la question que nous voulons étudier ici et qui est avant tout la *préservation de la tuberculose* (considérée dans ses rapports avec le maintien de la vie familiale) nous ne pouvons pas nous laisser aller à discuter toutes les hypothèses scientifiques sur le rôle de l'hérédité, nous ne pouvons et ne devons, car c'est un devoir, n'apporter que la conclusion admise par la généralité des médecins, des cliniciens et conclure d'après les résultats les meilleurs obtenus à l'heure actuelle.

« Sans entrer dans la forêt profonde des théories variées et complexes, dit le professeur Costantini, de Bologne, je crois que l'importance du contagion ne peut plus être méconnue aujourd'hui. On sait par exemple que par la désinfection méthodique de l'ambiance on détermine une diminution nette de la tuberculose du groupe social (Cepulic). On sait encore que là où l'activité des dispensaires est importante, la mortalité et la morbidité par tuberculose diminuent comme l'ont démontré récemment Gaissler et Braeuning, en répondant aux critiques de Flatzeck. On sait encore

en ce qui concerne l'enfance — qu'en éloignant de leur milieu familial les nourrissons issus d'une mère tuberculeuse — on diminue notablement les cas de tuberculose par rapport à ceux des enfants qui restent chez eux ».

Et ceci nous suffit, cette conclusion est assez nette et rencontre toutes les statistiques des comités, ligues, associations d'hygiénistes sociaux ainsi que l'approbation de tous ceux qui s'occupent en cliniciens de la préservation de la tuberculose, et c'est ce qui nous importe ici, ne voulant voir, nous le répétons encore, que le point de vue pratique, celui qui terminait en 1928 un article de M. le Professeur Nobécourt : « Nous ne devons négliger aucune des précautions nécessaires pour mettre les enfants à l'abri de la contagion. Or la *plus importante* est comme je l'ai écrit avec M. Schreiber au Congrès du Royal Institut of public Health tenu à Paris en 1913 et dans les *Archives de Médecine des enfants* en 1914 : *éloigner l'enfant*, dès la naissance, du milieu familial tuberculeux ».

* * *

Cette conclusion pratique nous ne pouvons aller contre, c'est la loi, c'est la règle actuelle, après toute cette série d'appels en faveur de l'éloignement de l'enfant sain du milieu contaminé.

Nous nous trouvons donc en face du problème suivant :

1^o Enlever l'enfant sain du foyer malade.

2^o Rendre le foyer sain en enlevant le sujet malade
et en prenant les précautions de désinfection
nécessaires.

La seconde solution que nous donnons ici et qui est plus particulière à l'adulte tuberculeux est celle qui préside aussi à l'installation de station comme Villard de Lans dont nous parlerons plus longuement dans l'étude détaillée des stations d'isolement des enfants sains.

La tuberculose, en ne se basant que sur *les données classiques* (nous soulignons une fois de plus cette notion, qui exclue certaines recherches, certaines théories qui ne sont pas encore applicables), est une maladie consistant en l'introduction du bacille de Koch dans l'organisme et se traduisant par des manifestations très diverses que nous pouvons cataloguer grossièrement :

- 1) En *atteintes pulmonaires* d'une part, les plus nombreuses, les plus graves, les 'moins facilement curables (et ceci dans un sens très général).
- 2) En atteintes des autres organes :
 - Tuberculoses osseuses,
 - Tuberculoses ganglionnaires,
 - Tuberculoses du système nerveux, particulièrement du péritoine, certaines ayant un pronostic relativement bénin, d'autres un pronostic fatal, mais en totalité plus facilement curables que les précédentes.

- 3) En atteintes diverses dont nous ne pouvons affirmer la spécificité et qui ne sont encore au point de vue étiologique que dans le domaine de l'hypothèse :

Ex. : érythème noueux, etc., etc.,

Ces diverses formes qui s'attaquent plus spécialement les unes au jeune âge, les autres à l'âge adulte, qui certaines semblent avoir une prédisposition pour les membres d'une même famille (voir Emile Fleurot, *Introduction à l'Etude de rythme en Médecine*, préfacé par le Dr Ch. Fiessinger, chez Liger Belair à Dijon), qui certaines s'attaquent plus particulièrement aux habitants de régions plus ou moins délimitées, aux membres de professions ou de classes bien catalogués, ne nous intéressent que très secondairement ici: seule la *notion de tuberculose*, quelle soit à forme dite bénigne ou maligne, doit être notre guide dans ce travail et aussi la notion de contagion, car toutes ces formes ne sont pas au même degré transmissibles et une tuberculose osseuse par exemple ne pourra être comparée en pratique à la dissémination du bacille par le tuberculeux pulmonaire, tousseur et contagieux par excellence. Nous avons donc ici une question d'espèce et dans ce travail, nous nous attacherons surtout à la notion de contagion ; il est évident que cette question a aussi une importance capitale pour le tuberculeux osseux ou autre qu'il ne faudra pas laisser vivre en contact d'un tousseur qui le surinfecterait. Mais en dehors de cette considération qui est à la base même

de toute la préservation de la tuberculose, nous nous occuperons donc surtout du pulmonaire, de celui qui dissémine largement ses bacilles autour de lui.

Cette question de la surinfection et des formes ouvertes et fermées de la tuberculose a fait elle aussi et fait encore couler beaucoup d'encre. La conclusion à tirer actuellement de ces discussions peut être la suivante :

1^o Chez les enfants, qui eux sont très sensibles aux surinfections et qui sont mal disciplinés, on doit isoler les deux groupes et ceci est admis par tout le monde;

2^o Chez les adultes, en prenant toutes les précautions (ne pas mettre dans la même chambre les deux formes, couverts individuels, etc.), on pourra au réfectoire, au solarium, dans les jardins laisser les deux formes ensemble, à condition que ce ne soient pas des malades très graves ou des indisciplinés, ceci basé en plus des considérations de surinfection qui s'observeraient très peu chez l'adulte pour certains des auteurs qui ont étudié ces questions, sur des considérations psychologiques et sociales sur lesquelles nous ne voulons pas nous étendre ici pour le moment.

L'infection par le bacille de Koch peut se faire de diverses façons et ceci est encore une donnée à mettre en tête de ce travail, et qui permettra d'assimiler l'étude des moyens de lutte, et aussi le pourquoi de la séparation.

1^o *Par inhalation* soit directement, soit indirectement par lésions des muqueuses des premières

voies respiratoires suivies d'inoculation ganglionnaires (rôle des gouttelettes de Pfluge, etc.);

2° *Par ingestion*, et atteinte de la muqueuse du tube digestif et ceci par les viandes, le lait provenant d'animaux tuberculeux ou manipulés par des tuberculeux ;

3° *Par inoculation directe* à la faveur d'un traumatisme, façon beaucoup plus rare que les précédentes.

On distinguera encore les tuberculoses *primaires*; ce sont toutes celles-ci; et tuberculoses *secondaires* à une première infection tuberculeuse.

CHAPITRE I

Les divers cas de la contagion et la sanction thérapeutique.

I. — Le nourrisson

La tuberculose du nourrisson (et ici nous appellerons nourrisson l'enfant de la naissance à 1 an pour faciliter notre description et la classification des troubles apportés par le bacille de Koch) se divise en deux grands groupes (d'après le professeur Taillens) :

1^o *Tuberculose généralisée.*

2^o *Tuberculose localisée.*

1) des ganglions trachéo-bronchiques ;

2) tuberculose pulmonaire :

a) formes aiguës :

pneumonie caséeuse, bronchopneumonie, bronchite aiguë tuberculeuse ;

b) formes chroniques :

suite des précédentes ou d'emblée (tuberculose cavitaire du nourrisson) ;

- 3) méningite tuberculeuse ;
- 4) pleurésie séreuse tuberculeuse ;
- 5) tuberculose intestinale ;
- 6) tuberculose des ganglions mésentériques ;
- 7) péritonite tuberculeuse.

Lès conditions de la contamination (si nous voulons laisser de côté les cas rares de tuberculose congénitale qui en pratique doivent être tenues pour quantité négligeable) sont de deux ordres :

1^o contamination massive faite par la mère (tuberculeuse ouverte et disséminant fortement ses bacilles).

2^o infection répétée, même très légère ;

aussi les divers cas que nous pouvons considérer peuvent être classés ainsi :

1^o La mère est une tuberculeuse ouverte, elle veut garder son enfant et l'allaiter, séparation absolument obligatoire et séparation qui ne se fera pas ici par l'éloignement de la mère mais par l'éloignement de l'enfant, car la mère a dû infecter bien avant l'accouchement et l'entourage et la literie et la maison, et la désinfection dans ce cas sera illusoire si la mère continue à vivre là.

2^o Le père est un tuberculeux ouvert — mêmes indications. — Un cas peut se poser ici : le père est soigné à domicile et peut se passer des soins de sa femme. Alors après un examen très sévère de la mère, clinique, radiologique et bactériologique, si la mère peut

aller à la campagne ou dans une maison maternelle élever son enfant pendant quelque temps, lui faire bénéficier de *l'allaitement au sein que rien ne peut remplacer*, et ne s'en séparer qu'après adaptation à l'allaitement artificiel, mais sous les conseils d'un médecin et après étude du cas particulier (nous ne voulons pas nous étendre ici, devant le faire plus loin lorsque nous discuterons les avantages ou désavantages moraux et matériels de la séparation entre deux conjoints).

3° Un des deux époux devient tuberculeux après la naissance de l'enfant. Ce cas est beaucoup plus rare et on s'apercevra quelquefois de la tuberculose de l'un des parents par l'apparition d'une forme tuberculeuse chez l'enfant et en recherchant son étiologie par une enquête familiale. Néanmoins, dans le cas contraire, l'isolement du tuberculeux et la désinfection la plus complète possible pourra être suffisante et dans l'impossibilité, la séparation de l'enfant, mais l'atteinte de celui-ci est grandement à craindre.

4° Dans le cas d'un frère ou d'une sœur devenant tuberculeux avant ou après naissance du nourrisson, il faudra classer alors en tuberculose ouverte ou fermée la forme, et si dans les deux cas il faudra éliminer le sujet atteint, dans le cas de tuberculose ouverte il y aura nécessité, en plus, d'une séparation du nourrisson du milieu que l'enfant atteint aura contaminé.

5° Lorsque ce sera une autre personne de la famille qui sera tuberculeuse, les conclusions thérapeutiques seront les mêmes, et c'est ici qu'il faudra se méfier des

grands-parents, vieux tousseurs, etc..., car comme le dit le professeur Taillens, nombre de vieillards qui passent pour de simples catarrheux sont en réalité des tuberculeux ; ils sont porteurs de lésions souvent bien tolérées, souvent même torpides, ne donnant guère comme symptômes qu'un peu de toux et d'expectoration. On les dit atteints de catarrhe des vieux, on les croit inoffensifs et ces vieux qui, dans les milieux pauvres, sont chargés souvent de promener les enfants et de s'en occuper, les contaminent par la même occasion.

Et si nous entendons surtout dans cette catégorie les membres de la famille, grands-parents, oncles, tantes qui habitent dans le même appartement, dans la même maison, il ne faut point oublier la promiscuité des ménages dans les immeubles qui ont d'innombrables locataires, toutes les vieilles amies de la famille qui viennent admirer le beau bébé et lui cracher inconsciemment dans la figure en l'embrassant (comme on comprend les ligues contre le baiser et les enfants qui portent sur leur bavoir dans certains pays : « Ne m'embrassez pas »).

Nous classons dans cette catégorie les domestiques, les gardes, les nurses et à raison de plus, les nourrices si l'enfant n'a pas le sein de sa mère. (Nous ne citerons que pour mémoire la contamination par les nourrices et l'entourage de la nourrice, devant l'envisager en parlant de la protection de l'enfance contre la tuberculose et de la loi Roussel).

Dans ces cas, il n'y aura pas lieu à séparation, sauf

le cas d'un aïeul habitant l'appartement, contagieux reconnu et impossible à éliminer (mère qui, vu la crise des logements qui sévissait ces années passées, logeait sa fille et son gendre, était une vieille bronchitique, et nécessité pour les enfants de quitter le logement, ou si les conditions économique l'interdisaient, d'isoler dans une pièce désinfectée le bébé ou de s'en séparer). Ces questions sont excessivement complexes car il est évident que si la grand'mère ne comprend pas et n'admet pas cette rupture avec le petit enfant qu'elle attendait et qui devait être la joie de ses vieux jours, ce sont des drames domestiques en perspective et des luttes préjudiciables à l'entente familiale. Dans tous ces cas, la mère devra se faire la gardienne vigilante de la santé de son enfant et chercher à dépister et éloigner les causes de contagion (effet de l'éducation des mères sur la prophylaxie de la tuberculose). Nous reprendrons d'ailleurs ce point en étudiant un peu plus loin le psychisme des tuberculeux, psychisme qui est un des écueils les plus puissants de la lutte antituberculeuse.

6. Enfin, au point de vue familial, il faut envisager le cas où l'enfant naît dans une famille qui a eu auparavant un cas de tuberculose soit fermée soit ouverte, paraissant absolument guéri autant que les criteriums de guérison de la tuberculose peuvent vous donner une certitude. C'est dans un cas pareil que la vaccination par le B. C. G. (nous l'étudierons à la fin de ce paragraphe sur le nourrisson) nous permettra de faire le meilleur pronostic pour la non-atteinte future de l'enfant.

* * *

Après avoir étudié la contamination familiale du nourrisson, il faut dire quelques mots de sa contamination sociale. En effet, elle est beaucoup moins fréquente car le nourrisson ne participe pas à la vie sociale et c'est seulement plus tard que les méfaits du groupe social deviendront suffisamment nombreux et puissants à mesure que l'enfant grandira et de plus en plus se mêlera à ce groupe.

Le premier contact du nouveau-né avec la vie se fera par les mains de la sage-femme ou de l'accoucheur et évidemment si celui-ci ou celle-là est un bacillaire largement disséminant il pourra donner une contamination massive bien que très courte à l'enfant. On en connaît bien peu de cas, mais un seul est encore de trop : Le seul remède à ceci est dans le choix d'un accoucheur ou d'une sage-femme sain et ce n'est pas à la portée de la femme qui ne peut guère diagnostiquer une tuberculose (quelquefois si peu visible) chez un sujet qui lui paraît normal. Seule la conscience de celui ou de celle qui fait des accouchements peut et doit lui interdire ou lui permettre de continuer son métier.

Ensuite, ce sera le contact avec les gardes, les bonnes, les voisines, mais nous en avons parlé plus haut et nous ne voulons pas y revenir ici, sauf quant à la sanction thérapeutique et surtout préventive. S'assurer en plus de la santé physique des mercenaires

à qui l'on confie les enfants, de leur moralité (cas de ce bébé confié à une bonne, certes bien intentionnée, et attentionnée pour la santé de l'enfant, mais qui recevait son promis pendant les absences de sa patronne et celui-ci qui s'amusaît avec le petit était un bronchiteux, ancien gazé et cracheur de bacilles).

Se méfier aussi des promenades de bébé dans les rues et jardins publics, la maman s'assied sur un banc, l'enfant dort dans sa voiture et un tuberculeux vient s'asseoir à côté, tousse et contamine l'enfant. Le Professeur Taillens propose que l'on établisse des jardins publics où seuls auraient le droit de venir le bébé et la personne qui l'accompagne et nous verrons que cette notion a beaucoup plus d'importance dans les jeunes années de l'enfant, alors qu'il joue par terre, dans le sable. Il faut dire aussi quelques mots de la contamination animale qui est assez discutée. Malgré tout, il sera bon de prendre les précautions d'usage. Si l'enfant est à l'allaitement artificiel, faire bouillir selon les méthodes hygiéniques le lait ; se méfier des postillons que le trayeur et ceux qui manipulent le lait, s'ils sont tuberculeux, peuvent disséminer, se méfier des mains de tous ces employés, ou encore mieux se servir de laits commercialisés et dont toutes les garanties hygiéniques les plus précises depuis les examens vétérinaires et bactériologiques des vaches jusqu'aux examens médicaux les plus sévères du lait sont pris.

Enfin, il ne reste plus qu'à prendre les précautions élémentaires de surveillance des locaux où doit habiter

le nourrisson. Y a-t-il eu des tuberculeux dans ce logement avant que la famille vienne l'habiter? Le logis est-il salubre? etc..., notions de simple hygiène et qui concerne non plus le nourrisson particulièrement mais plus spécialement vu sa fragilité, mais tous les individus en général.

Nous venons de passer en revue les cas principaux où peut se trouver le nourrisson par rapport à la contamination de la tuberculose et nous avons essayé de conclure pour chaque cas en prenant une moyenne. Et s'il n'y a que des cas d'espèces (comme en médecine il n'y a pas de maladie, mais des malades) il y a tout de même de grandes lignes et ce sont celles-ci que nous allons résumer maintenant.

1° — père, frères et sœurs, ou parents cohabitant, et surtout *mère* ;

+ tuberculose ouverte ;

+ impossibilité d'éloigner individu atteint ;

= séparation qui sera immédiate si c'est la mère
ou si l'accouchement a lieu à la maison
+ B. C. G.

= séparation qui se fera au moment où la mère devra réintégrer le domicile, si l'accouchement a lieu à l'hôpital ou en clinique, et à condition que la mère soit absolument indemne cliniquement, radiologiquement et bactériologiquement + B. C. G.

2° Un des membres de la famille est atteint de tuberculose ouverte ou fermée et peut être éliminé dans un sanatorium, hôpital, campagne, etc... :

Pas de séparation si l'élimination de l'individu atteint a pu être assez précoce, si tout a été désinfecté. Examen médical des autres membres de la famille + B. C. G.

3^e Famille ayant eu cas de tuberculose terminé par guérison ou issue fatale :

Toutes les précautions de désinfection prises, examen médical du reste de la famille + B. C. G. (pas de séparation).

Nous entendons ces cas dans des familles habitant des logements peu considérables, car il est évident qu'une famille qui aura une vaste demeure à la campagne avec dépendances ou ailes bien distinctes et qui pourra faire une séparation réelle bien que peu apparente, n'aura pas les mêmes indications.

En effet, les règles que nous avons montrées plus haut, si elles sont formelles en cas d'une tuberculose ouverte chez un co-habitant du nouveau-né, peuvent avoir de nombreuses applications dans les autres cas et le médecin sera seul juge, après enquête et étude détaillées du cas de permettre la non-séparation.

Avant de terminer ce paragraphe, il est nécessaire de parler de la vaccination antituberculeuse du professeur Calmette et de M. Guérin dite B. C. G. Par l'ingestion de petites doses de ce vaccin dans les dix premiers jours de la vie et à condition de séparer l'enfant vacciné à toute contagion tuberculeuse dès la naissance et pendant six semaines (Lesne, rapport préliminaire sur la tuberculose au nom d'une Commission

de l'Académie de Médecine), on peut arriver aux résultats suivants :

En 1930, sur 748.911 naissances vivantes, 95.869 enfants ont été vaccinés, soit 12,6 % ;

Le 1^{er} juillet 1931, il y avait en France 354.000 enfant vaccinés. D'après les statistiques de M. Calmette, la mortalité des nouveau-nés de familles tuberculeuses, vaccinés, âgés de 1 mois à 1 an, est de 4,7 %, la mortalité générale des enfants du même âge, avec ou sans contact, est de 6,10 %. La mortalité des enfants non vaccinés vivant en contact avec tuberculeux, est de 16 à 25 % pour les dispensaires français. Le taux de la mortalité générale des 4.811 enfants vaccinés depuis 1 à 4 ans est de 1,6 %. Celui des 579 enfants vaccinés depuis plus de 4 ans est nul.

La Notice de l'Institut Pasteur s'exprime ainsi : « Si l'enfant est issu d'une mère tuberculeuse, il faut le séparer immédiatement de celle-ci, le nourrir au lait stérilisé, et ne le remettre en contact avec sa mère que lorsqu'il aura atteint l'âge de six semaines. Bien entendu, on veillera à ce que la personne qui, pendant ce temps, lui donnera ses soins, soit indemne de tuberculose. Si la séparation n'est pas possible, on devra s'efforcer d'enseigner à la mère les mesures pratiques d'hygiène qui permettent d'éviter la contagion tuberculeuse directe. C'est surtout la tâche des sages-femmes et des infirmières visiteuses, éduquées elles-mêmes et contrôlées par les médecins ».

Le B. C. G. rend certes à l'heure actuelle, s'il n'est encore entré complètement dans les mœurs, d'im-

menses services et la statistique que nous avons donnée d'après M. Lesne un peu plus haut, le montre bien.

Dans les familles où la contagion règne, la mortalité des enfants non vaccinés, serait pour le Professeur Calmette de 25 %, pour d'autres, dont M. le Professeur Léon Bernard 50 et 60 % et même plus.

Certains échecs apparents contribuent à faire enrayer la marche du B. C. G. par quelques médecins, mais si l'on veut examiner chaque cas séparément et faire une enquête très serrée, on arriverait à des conclusions beaucoup plus optimistes. En effet, théoriquement l'enfant devrait avoir pris ses doses de vaccin, mais un membre de la famille bien intentionné mais arriéré ne les lui a pas données ; l'enfant peut les avoir vomies ; il peut avoir été contaminé avant l'absorption ou pendant. On connaît quelques cas rares, d'autre part, de tuberculose congénitale sur lesquels le vaccin ne peut avoir aucun effet, car l'enfant est déjà tuberculeux quand on lui donne le B. C. G. La contamination a pu avoir lieu pendant les 6 semaines qui suivent l'absorption et où l'enfant n'est pas encore immunisé. Enfin, l'enfant peut être contaminé après la cessation de l'immunité du B. C. G. et c'est ici que se pose la question de la revaccination (sous-cutanée alors) et que le Professeur Calmette préconise et dont nous reparlerons dans le paragraphe suivant au sujet de la tuberculose de l'enfant et de l'adolescent.

Pour terminer ce passage sur le B. C. G., nous voudrions citer parmi les nombreux essais effectués sur ce

vaccin : ceux de l'Institut supérieur de Leningrad qui vient de faire connaître les résultats de ses expériences qu'il a entreprises depuis 3 ans : il s'est adressé exclusivement aux enfants nouveau-nés de familles très contaminées et en a vacciné environ 400 qui sont toujours demeurés en contact infectant. Pendant ces 3 ans la mortalité tuberculeuse a été de 1,5 % pour les vaccinés et de 21 % dans le groupe témoin d'enfants non vaccinés. Tous les vaccinés se portent bien. A la suite de ces essais une conférence remise à Moscou a décidé de diffuser la vaccination B. C. G. dans toute la Russie.

Cette question du B. C. G. évidemment simplifie sérieusement le problème de la séparation du nourrisson de sa famille bien que la séparation des 6 semaines obligatoire vienne enlever une grosse partie de l'avantage gagné, car qu'y a-t-il de plus urgent pour l'enfant que le sein de sa mère dans ses premiers mois, ses mois d'animalité et de vie végétative.

II. — L'enfant et l'adolescent.

La tuberculose de l'enfant, du jeune homme, de la jeune fille a une grande importance elle aussi et d'une enquête de Braeuning et Neumann, il ressort que les enfants les plus exposés à la contagion sont ceux de moins d'un an et ceux de 11 à 20 ans. Les enfants de 2 à 10 ans sont moins atteints mais succombent néanmoins de tuberculose trois fois plus que les sujets du même âge.

Les formes de l'atteinte ne sont plus tout à fait les mêmes que celles du nourrisson car la résistance de l'organisme au bacille tuberculeux augmente, les formes localisées sont plus fréquentes, les formes généralisées si nombreuses chez les tout petits deviennent plus rares.

On distingue surtout en dehors de la tuberculose des ganglions trachéo-bronchiques qui a un pronostic réservé à cause de son évolution possible vers le poumon les formes suivantes :

1° tuberculoses pulmonaires aiguës :

a) généralisées :

1° typhobacillose ;

2° tuberculoses miliaires ou granulie consécutives à lésion pulmonaire ou primaire elle-même ;

b) localisées :

poussée aiguë périganglionnaire

pneumonie tuberculeuse aiguë :

pneumonie caséuse ;

bronchopneumonie tuberculeuse ;

2° tuberculoses pulmonaires chroniques ;

3° méningite tuberculeuse ;

4° péritonite tuberculeuse ;

5° pleurésie séreuse aiguë ;

6° néphrite tuberculeuse.

et nous ne voulons citer que pour mémoire, car elles ne nous intéressent que secondairement ici vu leur

peu de contagion, les tuberculoses articulaires et osseuses.

a) AGE PRÉSCOLAIRE.

Dans la jeunesse, alors que l'enfant n'est plus un nourrisson mais n'est pas encore à l'âge scolaire la contamination se fera suivant les modes indiqués plus haut pour le nourrisson, sauf que la vie sociale commençant à être plus importante, le danger sera plus grand, bien que compensé heureusement par une plus grande résistance de l'organisme à l'infection par le bacille de Koch. Aussi, nous ne reviendrons pas sur ces diverses modalités, voulant seulement appuyer sur la question domestique, nurses, bonnes d'enfants dont la surveillance médicale devra avoir une grande importance, sur la question des soins d'hygiène et des habitudes de propreté et de prophylaxie qui pourront être donnés aux enfants dès les premiers pas, dès les premiers signes de compréhension de la vie qu'ils manifesteront, lorsqu'il sera possible de leur montrer par l'exemple et des conseils ces notions indispensables qu'ils devront avoir pendant toute leur vie.

Le danger de la contamination de l'âge préscolaire réside aussi dans les agglomérations d'enfants, et nous laissons volontairement de côté, les garderies, crèches et jardins d'enfants où les enfants sont surveillés médicalement et où, au premier danger, l'infirmière élimine l'enfant. Il n'en est pas de même de ceux qui sont dans leurs familles et qui, par défaut d'hygiène,

par la faute des taudis ou de la misère, se contaminent dans les groupes interlocataires des grandes maisons (véritables casernes de familles nombreuses que certaines villes ont cru bon de construire, dans de louables désirs mais avec des résultats souvent peu reluisants quant à la santé des marées d'enfants qui jouent dans les escaliers et se déversent dans des cours et sur les trottoirs) que de ravages au moment de passages des épidémies dans ces immeubles, il est vrai que de plus en plus et particulièrement à Paris où le service social est remarquablement organisé, des infirmières visiteuses jugulent par leur dévouement ces désastres le mieux qu'elles peuvent, surtout, comme c'est le cas pour certaines maisons très importantes, une de ces infirmières est spécialement attachée à une ou à un groupe de bâtiments.

Danger du même ordre : les jardins publics, nous en avons dit un mot en parlant de la contamination du tout petit et nous voulons y revenir ici. En effet, c'est à cet âge, quand l'enfant qui marche déjà peut s'amuser dans les carrés de sable que des édiles bien avisés ont fait placer dans certaines promenades, que la contagion sociale peut faire des ravages. Sur les bancs dans ces ilots aérés des grandes villes, le tuberculeux à peu près guéri, ou celui qui commence à tousser et qui croit qu'un peu d'air et de repos lui fera passer sa toux et sa fatigue, vient s'asseoir et expectorer largement dans le sable autour des bancs là où de préférence l'enfant s'amuse à proximité de la vigilance maternelle. Le Professeur Taillens réclame des

jardins d'enfants où seuls seront admis le bébé et la personne qui l'accompagne. Mais si cette dernière est la grand-mère, vieille bronchitique, que faire? On ne peut pourtant pas faire passer un examen médical à toute femme entrant dans ces jardins. C'est à chacun de lutter et de voir avec conscience si la personne qui accompagne son enfant est saine et peut sans danger pour lui et les autres être la monitrice au moins physique de ses premières promenades. Et ceci comme nous le rappellerons plus loin et souvent dans ce travail, si les pouvoirs publics ont une grande influence à prendre dans la diffusion des diverses prophylaxies et particulièrement de celle de la tuberculose, il doit y avoir en plus d'une publicité et de mesures générales et précises, un effort vers l'exaltation de la conscience de chaque individu, sans quoi, pas plus en hygiène qu'en morale, pas plus dans la politique aussi bien sociale qu'internationale il ne peut y avoir de progrès. Eduquer la masse de ses devoirs envers le prochain en tant que collectivité est un sentiment très louable et nécessaire, mais nous croyons que faire prendre à l'individu en tant qu'unité physique, intellectuelle et morale, la conscience de sa responsabilité est une tâche qui pour être très ingrate et bien plus difficile que la première en est certainement beaucoup plus belle et serait infiniment plus profitable.

b) AGE SCOLAIRE.

Nous arrivons donc à l'âge scolaire et ce sera dans ce paragraphe sur l'enfant et l'adolescent notre deuxième point de vue et un des plus importants, car c'est alors qu'intervient et avec beaucoup de force la notion de vie sociale et si nous n'avons pas encore examiné l'enfant dans un groupe social, ou plutôt si nous l'avons surtout étudié dans le groupe social primitif, le plus simple c'est-à-dire la famille, maintenant c'est dans une collectivité que nous allons le voir et cette collectivité c'est l'école.

Grancher, dont nous aurons souvent à citer le nom dans le cours de ce travail, a été un des premiers à dénoncer et à lutter activement contre le péril de la tuberculose à l'école. En effet voici le résumé d'une communication qu'il fit en 1906 à l'Académie de Médecine où il constate que c'est particulièrement la forme ganglio-pulmonaire qui est en jeu ici et que c'est surtout à la contagion familiale que sont dues, ces formes, contagion qui est le point de départ des contagions entre écoliers. Il montre la nécessité d'agir à l'école et dans la famille et termine par ces termes : « Les intérêts humanitaires et financiers sont ici d'accord pour engager nos édiles à ne pas attendre que la maladie ait progressé. En effet si l'Assistance Publique succombe aujourd'hui sous le fardeau de milliers et de milliers de phtisiques c'est parce qu'elle attend pour y porter remède que le mal ait achevé son évolution souter-

raine. Mieux vaut aller au-devant de lui, mieux vaut prendre l'offensive que de l'attendre l'arme au pied. En matière de tuberculose, la défensive est une mauvaise tactique et c'est un acte d'imprévoyance que le budget paiera fort cher, car il devra plus tard dépenser des sommes énormes en faveur des phthisiques avérés et pour des résultats médiocres ».

La question de la tuberculose à l'école est d'ordre matériel et d'ordre pédagogique, elle comporte les locaux d'une part, les maîtres et les élèves d'autre part

Les locaux : il devrait, tout d'abord comme une circulaire de 1887 le prévoit, y avoir 10 mètres carrés de surface par élève. Combien de groupes scolaires nouveaux sont-ils bâtis sur des terrains ayant cette superficie ?

Aucun groupe ne devrait avoir une population de plus de 750 élèves et chaque classe plus de 50 élèves (avec 1 mètre carré 25 par élève).

Il devrait avoir une aération organisée (comme dans certains groupes scolaires modernes) où la ventilation serait permanente et non pas comme presque partout une ouverture des fenêtres au bout de $3/4$ d'heure ou 1 heure. Avec les vitres perforées, les carreaux spéciaux que l'on fait actuellement, rien ne serait plus facile.

D'autre part, on ne devrait pas élever d'écoles en bordure de rues à grande communication et ceci en vue autant des bruits et des trépidations qui ne sont pas sans effet sur la fatigue nerveuse de l'enfant que

des poussières et de l'air vicié qui peut entrer par les fenêtres.

Par ailleurs, les cours de récréations sont trop souvent de véritables puits entre d'immenses bâtiments, l'air s'y renouvelle très mal, le soleil oublie d'y venir jouer son rôle de désinfection et les enfants jouent dans la poussière.

Les enfants sortent des classes surchauffées et sont obligés d'aller aux cabinets dans des sortes de hangars exposés au vent, ils traversent la cour, la pluie. Ces endroits pourraient être tenus propres et sans odeur dans les bâtiments eux-mêmes, c'est une affaire d'éducation. Nous ne voulons pas parler des bains douches et de toute la question de propreté corporelle qui laisse encore trop à désirer malgré la bonne volonté des maîtres.

En dehors de ces quelques points qui ne peuvent être que des indications pour les écoles à construire et que maintenant où les architectes commencent à avoir quelques notions d'hygiène on peut déjà voir en application, il y a encore deux mesures pour les écoles actuelles, c'est la désinfection des locaux après les réunions électorales ou autres et l'interdiction du balayage à sec.

La seconde partie de la prévention de la tuberculose à l'école comprend la prophylaxie individuelle du maître et des élèves.

Le maître d'abord devra être examiné minutieusement avant son entrée dans cette carrière, puis on devrait périodiquement l'obliger à un examen radio-

graphique et clinique. A la moindre chose il devrait être mis en congé, ou en cas de lésion plus grave être envoyé dans des sanatoriums.

Les élèves devraient théoriquement avoir une fiche de santé où seraient relatés les antécédents héréditaires et personnels avec surveillance plus attentive des enfants qui ont une hérédité chargée, qui ont eu des maladies qui favorisent l'éclosion de la tuberculose, par exemple des rougeoles traînantes, des grippez, des coqueluches suivies d'amaigrissement, de faiblesse. Avec l'examen clinique des enfants, des pesées régulières pourraient être pratiquées périodiquement, le poids être inscrit sur des fiches et des examens de laboratoire et radiologiques confirmeraient les craintes chez les suspects.

La question des terrains de jeux, des exercices physiques, l'obligation de leçons d'hygiène, l'action des ligues de l'hygiène par l'exemple, le développement des sociétés scolaires de gymnastique, de football, de basket, de boy-scouts (ainsi que le principe des écoles en plein air, des colonies de vacances qui ne nous intéresse ici que secondairement au point de vue de la prévention chez des enfants fatigués non tuberculeux mais en puissance de le devenir si le manque d'hygiène continuait), sont autant de points que dans une étude générale sur l'âge scolaire il faudrait largement discuter et que nous ne faisons que citer volontairement ici.

A ce paragraphe important de la lutte contre la tuberculose à l'Ecole se joint la question de l'infirmière sco-

laire ou, si on veut, de l'assistante d'hygiène scolaire ; en effet, il est impossible au médecin inspecteur de l'école d'assurer l'exécution d'un programme aussi complexe que celui de la prophylaxie à l'école, aussi devra-t-il être secondé par une infirmière visiteuse qui, pénétrant dans la famille (donc double résultat en vue du dépistage du tuberculeux à l'école et du dépistage familial et tout ceci en liaison avec les dispensaires antituberculeux), sera chargée de toute cette question de l'hygiène de l'écolier, rôle qui pourrait être rempli par les institutrices ou les sages-femmes dans les villages à condition qu'une instruction spécialisée leur soit donnée dans ce sens, car c'est un métier qui ne s'invente pas et à la connaissance duquel il faut ajouter le goût et une valeur morale faite de conscience et de dévouement.

c) AGE POST-SCOLAIRE.

Nous voudrions dans les lignes qui vont suivre étudier cet âge post-scolaire, cet âge de la puberté qui, chez le garçon mais surtout chez la fille, est d'une importance capitale au point de vue tuberculose. Comme le disent Blechmann et Bohn, chez les filles à la période pubertaire, c'est-à-dire de 12 à 15 ans, la tuberculose pulmonaire est très fréquente.

« Si la puberté est troublée, si son évolution n'est plus physiologique, s'il intervient des conditions défectueuses de l'hygiène, une mauvaise alimentation, un travail fatigant à l'école, à l'atelier ou à l'usine, les filles

sont peut-être plus prédisposées à cette période qu'à d'autres à présenter des tuberculoses pulmonaires évolutives.

A cette période de la vie, les tuberculoses pulmonaires à évolution rapide sont particulièrement communes et en particulier cette forme décrite sous le nom de phtisie galopante ; il semble que la puberté réalise une erreur favorable à cette modalité anatomo-clinique ».

Cette période est d'une importance capitale, car c'est le début d'un métier chez le garçon, et souvent chez la fille, c'est l'aptitude à le remplir et quelquefois d'une décision prise à cet âge peut résulter un changement d'avenir social mais aussi la possibilité d'une non atteinte par la tuberculose.

C'est pourquoi il doit y avoir à cette période, collaboration intime du médecin et de l'éducateur pour l'examen de l'enfant, collaboration facile quand il y a entrée dans un atelier ou une école, mais beaucoup plus difficile quand l'enfant est placé comme apprenti chez un petit patron quelconque, ou commis dans une ferme ou exploitation isolée.

C'est à ce moment, comme nous l'avons rapporté plus haut que se fait le passage de l'enfance à l'adolescence, c'est ce point critique où s'établit la texture physique et psychique de l'homme définitif, qui est en jeu ici, c'est comme l'expliquaient les docteurs Martiny et Morlaas au premier Congrès international d'Enseignement technique en septembre 1931 : « La métamorphose ne se fait pas sans heurts, d'autant

que, durant des mois, des années de bouleversement tantôt lent, progressif, mais plus souvent par à-coups, elle est compromise par les tares ataviques qui sont réactivées ; la vie elle-même est parfois mise en péril par les germes pathogènes du dehors, contre lesquels le sujet se défend particulièrement mal ».

Le rôle de l'association « Médecin-Educateur » sera donc de dépister les tares physiques ou morales, les débuts de tuberculose qui, non découverts, feraient dans la vie du petit apprenti un malheureux, quelquefois seulement au sens social ou moral, d'autres fois au sens physique.

D'après le système de biotypologie du Professeur Pende de Gènes : « Tout apprenti technicien a une individualité vivante psychosomatique avec un corps et une âme, une possibilité potentielle et un rendement effectif. Il doit donc être exploré :

1. dans ses valeurs somatiques et psychiques héréditaires et constitutionnelles positives.
2. dans ses possibilités exogènes (par le milieu extérieur) de réalisation de sa valeur.
3. dans ses possibilités endogènes (dans ses prédispositions morbides qui peuvent empêcher ou limiter la mise en pratique de la puissance productrice de l'individu).
4. enfin dans l'éducabilité des tendances et des aptitudes insuffisantes.

Et c'est tout ce programme qui serait à réaliser par un examen *obligatoire* des enfants sortant des

écoles, examen qui ne serait pas fait pour contrecarrer des vocations mais pour aider à leur développement et à leur mise en pratique avec un maximum de sécurité.

Toujours en avançant en âge, dans la période post-scolaire que l'on peut faire partir du certificat d'études jusqu'au service militaire environ pour les garçons et à un âge identique à peu près pour les filles, il y a toute une série de phénomènes à étudier, à mettre en relief, c'est la période de la première liberté, la période des premiers excès. Si le tempérament juvénile, qui comprend aussi bien les élans les plus purs et les plus beaux que les désirs les plus troubles et auquel se joint un débordement de vie, n'est pas bridé, retenu par des principes de morale, qui sont le souvenir et la poursuite de l'éducation morale et religieuse, l'exemple familial et les pratiques de sport qui sont un excellent dérivatif à cet âge vraiment ingrat il peut y avoir de véritables cataclysmes. En effet, les premiers exemples de l'enfant lâché dans la vie sociale sont souvent du plus déplorable effet, ce sont des compagnons d'atelier ou d'écoles supérieures pour qui la démoralisation des nouveaux est un jeu, plus qu'un jeu, une trouble perversion, c'est la période où l'orgueil et la vanité ne sont pas encore tempérés par la raison et surtout par les raisons d'ordre moral ou plus simplement physiques, les désirs des sens qui s'éveillent, la poussée d'une vitalité d'autant plus impérieuse qu'elle est toute nouvelle et la traduction des premiers actes libres. C'est à ce moment qu'apparaissent les premières débauches, mais aussi les mala-

dies vénériennes, les premières ivrogneries et tout ce qui peut s'en suivre, les premiers abus enfin et alors c'est la tuberculose dans un organisme fatigué, trop jeune pour résister, souvent pas assez alimenté, avec un travail trop fort et des nuits sans assez de sommeil. On ne dira jamais assez ce que les premières sorties des jeunes gens ont de répercussion tant sur leur santé physique que sur leur avenir moral et intellectuel. Et la conclusion pratique de tout ceci est avant tout la surveillance par les parents de leurs enfants avec toute l'énergie nécessaire, énergie tempérée tout de même par une compréhension des premiers élans.

Il est si souvent difficile à des parents qui eux sont un exemple saisissant de tout ce qu'il ne faudrait pas que l'enfant fasse, de donner à ce même enfant des principes qu'il voit fouler aux pieds par ceux-là mêmes qui les lui donnent.

C'est aussi l'organisation de la lutte contre la prostitution, des pénalités sévères et *appliquées* contre les prostituées qui sont prises avec des adolescents, la lutte contre l'alcoolisme, l'interdiction de servir aux enfants et adolescents certaines catégories de boissons. C'est aussi la réglementation pour les adolescents des spectacles et des achats de livres, de brochures amORAles quand ils ne sont pas démoralisants. Tout ceci est un problème qui sort lui aussi des cadres de ce travail. Pourtant en luttant contre ces désordres on lutte et combien contre la tuberculose.

Ce que nous avons envisagé dans ce paragraphe, nous l'avons vu surtout du point de vue ouvrier, arti-

san, employé, paysan dont les études s'arrêtent au certificat d'études, mais chez le petit bourgeois qui, lui, continue d'aller au collège, au lycée, dans des établissements d'études supérieures, dans des Facultés, et grandes Ecoles, le principe est le même et si sa santé physique est souvent mieux conservée par plus de soins et aussi par les avantages de la fortune, les inconvénients et les précautions sont les mêmes car la débauche, les excès lui seront plus faciles justement par la présence de cette même fortune, de loisirs plus grands et de fatigue moindre.

Le petit enfant, l'enfant et l'adolescent, comme nous venons de l'écrire au long de ces pages, peuvent donc être la proie de deux grands courants de contagion :

- 1^o La contagion familiale et c'est la plus importante et c'est celle contre qui, dans les premières années de la vie surtout, nous aurons beaucoup à lutter et pour qui s'envisagera surtout l'idée de séparation du milieu contaminé ;
- 2^o La contagion sociale qui, si elle a plus d'importance dans les années où la vie sociale commence, sera aussi la cause de séparation, d'isolement non plus du sujet sain du milieu contaminé, mais du sujet malade du milieu sain pour empêcher la dissémination du bacille de Koch dans une communauté non plus familiale mais sociale.

Ici nous ne voulons pas recommencer l'énumération des divers cas de tuberculose et de contamination

mais partant des deux cas que nous venons d'énoncer en tirer les règles générales qu'ils demandent à trancher :

Famille tuberculeuse par un de ses membres : c'est le membre atteint qui devra être éliminé.

En cas de non possibilité ou de non vouloir (ce qui est plus fréquent qu'on ne pourrait le penser), il faut alors que l'enfant ou l'adolescent soit envoyé ailleurs, cet ailleurs sera selon les cas d'espèces très différentes, ce sera pour certains des mises en pension, pour d'autres l'envoi dans de la famille saine, pour certains la campagne (qui sera en même temps qu'une mesure de prophylaxie un début de traitement en vue de la possibilité d'une atteinte future). Pour certains dont on craint l'imminence d'une chute par les petits signes insignifiants quand c'est un enfant sain dans une famille saine mais qui ont une traduction plus grave quand le sujet a eu ou a autour de lui un parent contaminé : ce sera le préventorium.

Enfin, certaines stations comme Villard-de-Lans, des colonies de vacances, des camps thermaux dans certains cas peuvent être utiles.

Comme toujours, d'autre part, il y aura différenciation entre les formes ouvertes et fermées des diverses tuberculoses et les pronostics de prévention seront alors différents et laissés à la compétence et à la conscience du médecin traitant.

Dans ce chapitre, où nous voulons passer en revue seulement les moyens, les causes de contamination, nous laissons volontairement de côté la prophylaxie en

elle-même de la tuberculose que nous traiterons plus loin.

III. — L'âge adulte.

Nous arrivons maintenant à l'âge adulte.

C'est pour l'homme la période du service militaire.

C'est pour la femme le mariage, les premières grossesses.

Le conseil de révision est une formalité d'une utilité que peu de gens soupçonnent et combien de subtuberculeux sont découverts à la suite de cet examen. Les malveillants sourient, en pensant que, vu le nombre des conscrits, vu la brièveté de l'examen clinique, il est absolument exagéré de prendre cette occasion de dépistage comme une œuvre valable, mais ils oublient de réfléchir que ceux qui se sentent malades savent bien faire remarquer leurs infirmités, et que d'autre part on en découvre toujours d'autres, puis parmi ceux qui sont pris ils oublient aussi les examens sérieux passés d'abord à l'infirmerie régimentaire pour chacun des arrivants, puis la mise à l'hôpital avec examen de laboratoire et radiologique des suspects de la moindre lésion (suspicion qui est très poussée chez les médecins militaires, car on sait que passé un délai de 3 mois le jeune soldat peut réclamer une pension si son infirmité n'a pas été reconnue dans les 3 premiers mois, et alors il y a enquête pour essayer de savoir si le médecin du régiment a laissé passer quelque chose et, si le cas se renouvelle, il y a des sanctions).

L'armée est donc admirablement placée pour faire

un dépistage sérieux des sujets tuberculeux qui s'ignorent, et surtout de ceux qui sont en imminence de le devenir, c'est alors qu'ils devraient être passés en charge aux dispensaires qui, eux, se chargeraient d'une lutte et d'une prophylaxie que l'armée ne peut pas faire en dehors de ceux qui dépendent d'elle. La difficulté est la non-déclaration de la tuberculose comme maladie et le secret professionnel des médecins qui, eux, ne peuvent que donner des conseils au sujet lui-même, conseils pour lui et conseils pour son entourage. Pendant la guerre, les soldats pré-tuberculeux, en dehors des préventoriums, avaient pour eux des organismes qui nous intéresseront à d'autres titres par la suite : la colonie de Tonay-Charente qui joignait à la cure traditionnelle de repos une cure de travail en plein air ainsi que la colonie agricole de l'Association des Dames Françaises à Vauxbuin par exemple.

Certains ont demandé que le service militaire soit obligatoire pour les tuberculeux et pour ceux que l'on n'accepte pas, car ils sont en imminence de tuberculose et alors que l'année qu'ils doivent à leur pays soit occupée à leur traitement dans des établissements spéciaux ou bien des établissements ordinaires auxquels l'armée, c'est-à-dire l'Etat, paierait les frais de séjour et de soins. Cette solution qui évidemment est très intéressante devrait, si des questions budgétaires n'intervenaient, être appliquée intégralement car un an de préventorium à des pré-tuberculeux suffirait souvent à chasser le spectre de l'infection.

La tuberculose de l'adulte en dehors de ces cas où l'ar-

mée entre en jeu nous ramène à des classifications que nous ne voulons pas recommencer ici — les tuberculoses ouvertes et fermées, les diverses formes de chaque — ce que nous en avons dit plus haut pour les enfants et les adolescents suffit. Seules les formes fibreuses de l'âge mur, de la vieillesse sont à signaler spécialement ici, mais comme leur contagion revêt la même forme et que nous nous sommes attardés à les décrire dans la contamination des nourrissons, nous nous abstenons d'y revenir.

Le danger de contagion, à mesure que l'homme devient une partie du groupe social, prend une importance considérable et d'autant plus grave que, par la faute de gens qui ne veulent prendre des précautions, une dissémination énorme peut se produire et cela d'une façon beaucoup plus importante que dans la famille vu le nombre d'individus avec qui le sujet tuberculeux sera en rapport, d'où moindre danger quand le malade est un petit artisan travaillant à peu près seul dans son atelier et gravité bien plus grande par le nombre de personnes atteintes quand c'est un ouvrier, par exemple, qui, dans un atelier surpeuplé, expectore ses bacilles.

Encore ici, et toujours, ce ne seront que des questions d'espèces avec conclusions nettes et générales au point de vue familial, mais beaucoup plus variées et moins précises au point de vue social, et ceci laissé au jugement et à la conscience du médecin. Les administrations, chez qui la contamination d'un grand nombre d'individus est facile, ont des services médicaux et

prophylactiques bien organisés, et, en défendant la santé de leurs employés, ont d'ailleurs tout avantage à ne pas leur payer des mois de maladies et des pensions. Ce qui reste à faire est surtout la lutte chez les petits employeurs, chez les petits artisans qui, eux, n'ont pas les moyens, n'ont pas les possibilités matérielles de soutenir et d'entretenir un moyen de bataille qui leur soit propre et alors ici ce sont les pouvoirs publics, par les assurances sociales, et les dispensaires, les œuvres privées et les particuliers de bonne volonté qui doivent armer des organismes qui, comme nous le verrons plus loin, doivent agir en liaison les uns avec les autres.

La tuberculose conjugale, elle aussi, dans ce chapitre, ne nous intéresse pas particulièrement, niée par quelques-uns, admise par la plupart, elle ramène à l'étude de la contagion familiale, contagion plus forte vu la communauté du lit des époux et les rapports intimes. Plus loin nous y reviendrons à propos des effets de la séparation qui sont alors plus graves et d'un ordre plus spécial.

La question du mariage, bien qu'en dehors de la vie familiale proprement dite, a tout de même son importance et doit être signalée ici. En effet, avant de laisser se marier l'un ou l'autre des futurs conjoints, il faut que le médecin familial ait suivi la guérison pendant un temps assez long, que des courbes de poids, des courbes de température des examens radiologiques, cliniques et bactériologiques aient prouvé la complète guérison. Il faudra aussi que l'époux ou l'épouse soit prévenu de façon qu'une vie de soins, tout au moins au début,

soit possible, que les exercices violents, les fatigues d'un voyage de noce, la danse, les sorties nocturnes, les devoirs mondains et aussi une précoce maternité ne viennent détruire les effets d'un traitement passé et réussi.

Il nous reste à dire quelques mots de la femme enceinte tuberculeuse, et ici comme toujours il y aura question d'espèce pour le médecin car, d'après l'atteinte plus ou moins grave, d'après les localisations dans un ou dans la totalité des deux poumons ou extra-pulmonaires, d'après l'état social, le nombre des enfants, il pourra y avoir lieu d'envisager la possibilité d'interrompre la grossesse qui donne un coup de fouet terrible à la maladie le plus souvent.

IV. — La sanction thérapeutique.

L'idéal du traitement antituberculeux serait l'organisation des soins à domicile comme pour n'importe quelle maladie aiguë. A ce point de vue idéal s'oppose plusieurs sortes de faits :

- 1) La tuberculose est une maladie aiguë et pourtant chronique en même temps car elle dure très longtemps et peut durer jusqu'à une terminaison fatale très souvent, donc nécessité de soins nombreux et constants et dans un espace de temps qui pour être variable est toujours long ;
- 2) La tuberculose est une maladie contagieuse pour

l'entourage et nous ne voulons pas revenir sur cette notion ;

- 3) Ici comme pour tous les instants de la vie et toutes les actions, la question sociale est en jeu et la tuberculose (attirée par les taudis, la misère, les privations, l'alcoolisme) est l'apanage plus largement des classes pauvres, d'où impossibilité simplement matérielle du traitement dans un logement insuffisant et de ses ressources souvent coûteuses.

A ce problème angoissant de la contagion vient donc pour nous s'ajouter trop souvent (de moins en moins il est vrai) la question de l'envoi du tuberculeux dans un sanatorium et le manque de place que l'administration ou les œuvres nous opposent. Cette question dont nous reparlerons lors de l'exposé des moyens de séparation, c'est-à-dire au chapitre III est des plus importantes et d'ordre strictement budgétaire, ce qui en ces temps de crise aussi bien pour les Etats que pour les particuliers, la rend tragique.

Le tuberculeux riche ou simplement aisé trouvera facilement en dehors des soins qui pourront lui être donnés à domicile si le médecin en juge la possibilité des maisons adaptées aux bourses les plus riches comme aux moins fortunées, évidemment la maladie coûtera d'autant plus qu'elle est chronique, qu'elle durera plus longtemps et qu'elle nécessite en dehors des traitements médicamenteux des interventions souvent (pneumothorax par exemple), des examens répétés

autant cliniques que radiologiques et bactériologiques ; mais enfin ce sera à la portée de beaucoup, bien qu'un gros sacrifice souvent. Néanmoins, il faudra dans l'organisation de ce traitement personnel se méfier de plusieurs notions que nous voulons énumérer très brièvement ici :

- 1) Tout d'abord choisir un médecin consciencieux : le médecin de famille qui connaît le mieux les réactions du sujet pris aussi bien comme unité que d'après son hérédité, à défaut de celui-ci ou du spécialiste qu'il aura pu conseiller de consulter, préférer les titres ou travaux scientifiques aux annonces mirifiques et largement illuminées d'un grand nombre de guérisseurs de la tuberculose qui ne vivent que du battage publicitaire qu'ils se font.
- 2) Se souvenir que la lutte contre le bacille de Koch dure depuis de très longues années, lutte organisée scientifiquement et que l'on peut avoir de beaux résultats actuellement, grâce aux recherches accumulées de savants qui se sont donnés entièrement à la réussite de ce beau projet, mais qu'une imposition de main ou une boulette de mie de pain n'ont jamais guéris que ceux qui n'avaient rien (et nous pensons ici à une voyante extra-lucide, tout au moins quant à sa bourse, et à des spécialités spécifiques dont le moins qu'on puisse dire est que c'est un crime d'en laisser la libre pratique).

Combien de malades ont été entretenus par des charlatans (malheureusement quelquefois diplômés) ont laissé passer le moment où il était encore possible de les guérir ou de les améliorer, et n'ont plus apporté dans les dispensaires qu'un organisme dont il était impossible de ranimer la défense sapée par toutes ces manœuvres.

Et en groupant le nombre de ces véritables assassinats on arriverait à un chiffre astronomique et en luttant contre ce charlatanisme il y aurait déjà un bon pas de fait dans la lutte contre la tuberculose.

CHAPITRE II

Psychologie et physiologie de la séparation

Nous venons de voir que dans certains cas la séparation soit de l'enfant, soit de l'adulte tuberculeux, du noyau familial est non seulement nécessaire mais encore un véritable devoir. Partant de cette notion de devoir au point de vue physique, aucune considération d'ordre psychologique ne pourra intervenir pour empêcher ou retarder une sanction dont dépend le plus souvent la guérison du malade et la non contagion des autres éléments sains du milieu dans lequel le contagieux vit.

Cette notion de devoir vient évidemment rétrécir le champ du problème. Il est impossible dans les cadres de ce travail de faire intervenir les directives scientifiques qui devront guider le médecin dans son diagnostic, son pronostic et sa décision thérapeutique. Seul celui qui a acquis auprès des malades, auprès des tuberculeux, puisqu'ici c'est le cas, une expérience suffisante, jointe à un savoir livresque puisé dans l'expérience des autres, seul celui-là peut connaître, et

encore se trompe-t-il quelquefois, la règle de la conduite qu'il imposera.

Beaucoup plus humblement ici, après avoir renvoyé aux maîtres de la physiologie et nombreux sont ceux dont notre pays est fier, nous voudrions étudier les inconvénients de la séparation et particulièrement dans ce paragraphe les inconvénients psychologiques et moraux.

Prenons tout d'abord le cas du nouveau-né, petit être dont la vie est toute végétale et qui a plus besoin encore que le petit de beaucoup de bêtes, des soins précis d'une mère, vu son inaptitude complète au moindre effort pour acquérir des moyens biologiques, vitaux. Le problème de la séparation dans la vie journalière de l'accoucheur se pose à chaque pas et pour des cas qui ne comportent pas de décisions pathologiques mais seulement morales ou sociales, où la question de maladies n'intervient que pour essayer de fléchir le médecin qui, lui, ne peut être partisan de cette séparation que dans les cadres précis de la pathologie.

Les causes de cette séparation sont en effet multiples (et nous ne voulons parler ici des abandonnés mais seulement des éloignés) : causes morales, relevant de l'ignorance, des dangers de l'allaitement artificiel, du snobisme, de la mode, des préjugés, de la conservation d'une poitrine, de la paresse jointe au besoin de cinéma et de sorties de certaines jeunes mères ; causes sociales depuis la vie mondaine jusqu'au manque de ressources, à l'obligation du travail

chez la mère qui allaite (bien que ce point dans les grandes maisons, usines, ateliers, magasins et grâce à certaines œuvres soit de plus en plus combattu). Néanmoins certaines catégories sociales, les gens de maison, par exemple, sont encore assez mal partagées sur ce point et aussi à l'insalubrité ou à la petitesse du logement. En dehors de ces causes morales et sociales que nous éliminons de ce travail, il ne nous reste plus que la question santé et celle-ci est pour nous, qui voulons étudier la tuberculose et la séparation, très nette et nous ne voulons pas y revenir ici.

Le professeur Pinard a dit justement que l'éloignement privait les enfants non seulement du sein de leur mère mais encore de leur cœur. C'est ce point particulier qu'il nous faut développer plus longuement ici, c'est celui sur lequel s'attardent le moins ceux qui ont charge de la santé. Dans tous les livres de médecine, cette notion est évidemment, ce n'est que très juste, la moins importante, question vitale, la crainte de la contagion abolit toutes les autres, mais ici, où nous prenons la question de la séparation dans tous ses sens il faut appuyer sur ces drames qui sont la résultante trop souvent de cette décision. Il est très compréhensible que des mercenaires qui élèvent les enfants dans ces cas ne font cela que pour une question pécuniaire, il est très simple d'admettre que ces gens, pauvres (autrement ils ne se chargeraient pas d'un tel tracas), ne font pas ce métier (car c'est un métier) en vue d'un idéal de puériculture et par la suite de pédagogie appliquée. Et si ici nous éliminons les soins stricte-

ment matériels qui sont passibles d'une surveillance médicale par les examens répétés de l'enfant au point de vue physique tant par un médecin que par une infirmière visiteuse, il y a le cas de l'éducation morale, éducation qui commence trop tôt alors que l'enfant en nourrice voit sa petite intelligence qui n'est encore qu'imitation et habitude se développer au contact d'exemples qui ne sont pas qu'amoraux, mais encore si souvent contraires aux principes les plus élémentaires, les plus simples d'une morale primitive Et malgré toutes les corrections psychologiques et même sociales, l'enfant devenu grand gardera ce premier pli, la marque de cette première ambiance.

Les parents, les mères surtout, qui mettent sans raison leur enfant en nourrice, ne devraient jamais oublier cela, jamais elles ne devraient laisser de côté, comme très secondaire, cette question du modelage d'une âme, qui est bien la responsabilité la plus grande que peut prendre une famille. Il est souvent beaucoup plus difficile de réparer les dégâts causés par des exemples pernicieux sur une jeune âme, sur un esprit en formation, que de soigner et de guérir les troubles apportés par un manque de soins physiques, dont d'ailleurs on s'aperçoit beaucoup plus tôt tandis qu'on laisse s'aggraver et s'installer définitivement dans de mauvaises lignes de conduite les élans d'une intelligence qui s'éveille et cela sans qu'on s'en doute. Il faudrait des pages et des pages pour discuter les effets d'un manque de direction dès les premiers âges de la formation morale.

Tous les éducateurs, tous les médecins qui s'occupent de l'enfance normale et anormale l'ont constaté. Le Dr Gilbert Robin dans son livre intitulé à juste titre : *L'enfant sans défauts* soutient que l'enfant anormal est un malade ou bien alors un enfant dont la responsabilité de ses défauts dépend de ceux qui l'ont élevé. Mme Vérine a pu dire à cette heureuse institution qui s'appelle l'Ecole des Parents : « L'adolescent difficile fut un enfant bien des fois abandonné et alors devenu un enfant anormal (et j'entends ici par abandonné pas seulement l'enfant dont le travail en dehors des parents fait un abandonné, mais aussi celui qui est confié à une nurse) ».

En dehors des possibilités humaines d'assimilation qui sont le ferment nécessaire au développement de l'intelligence de l'enfant, il y a une autre faculté, si l'on peut se permettre de l'appeler ainsi, qui est plus nécessaire car à l'animalité des faits elle donnera une valeur morale, c'est la conscience, et comme l'a dit Pascal : « La science de la morale me consolera toujours de l'ignorance des choses extérieures ».

Quelle valeur trouvera à la vie en dehors de la lutte, en dehors des joies immédiates d'une jouissance matérielle bien vite passées, l'homme qui conduira ses actes par les rêves de l'intelligence avec le fouet de la volonté et ne culbutera-t-il pas dans les ornières de la malhonnêteté et du scandale, s'il n'empêche pas son coursier de quitter la route de la conscience ?

Et c'est justement ce point critique de l'éducation des âmes qui fait défaut trop souvent dans ces sépa-

rations d'enfant. En effet l'amoralité de l'éducation actuelle jointe à ce besoin de jouir pour jouir, à cette soif de sensations immédiates et irraisonnées qui sont les mobiles de la vie pour un si grand nombre d'individus qui nous entourent et aussi pour tous ces ménages qui sont trop souvent des associations pour drainer plus facilement les plaisirs basement matériels de l'existence, mènent le monde. La plupart des parents ne voient dans l'enfant en général que la douceur de ses premiers regards, la tendresse de ses premiers gestes, les bénéfices qu'ils pourront en tirer par la suite, bénéfices d'orgueil de le voir réussir dans la vie, bénéfices d'argent et de soutien dans leur vieillesse et comme le dit encore Mme Vérine : « L'art d'aimer ses enfants aujourd'hui est trop souvent l'art de jouir de ses enfants », et plus loin : « les jeunes filles d'aujourd'hui apprennent tout excepté l'essentiel, c'est-à-dire l'art d'être éducatrices et le jour où par surprise souvent, elles sont mères, elles reprochent à leurs enfants de venir troubler la profession qu'elles exercent ou la *voluptueuse inutilité* de leur vie ».

Et ce qui est vrai pour des milieux cultivés, l'est combien plus pour ceux à qui les hasards de la fortune n'ont point permis d'avoir les lumières d'une éducation et d'une instruction suffisantes et ce sont ceux-là qui prennent des enfants à garder — ce sont à ceux-là que la mère inconsciente confiera la formation du petit être dont le cerveau, ainsi que l'a dit Fénelon, est comme une bougie allumée dans un lieu exposé au vent, la lumière y vacille toujours. — Quelle

responsabilité pour l'une comme pour les autres.

Pour résumer cette question il nous faut penser que la séparation de l'enfant de sa mère est une chose néfaste si sortant d'une famille idéale et qui devait le conduire dans la voie de la conscience il tombe parmi ceux que nous avons stigmatisés plus haut et que le point aigu de la question consiste à faire une enquête (difficile d'ailleurs) de moralité sur les parents nourriciers. Il est d'ailleurs des cas où l'enfant gagne à sortir de son milieu familial, il faut être juste. Ayant examiné cette question du point de vue psychologique, et c'est le seul que nous voulions avoir en vue dans ce paragraphe ; il nous faut maintenant prendre en considération non plus l'enfant placé isolément mais le groupe d'enfants comme certaines œuvres en prennent dans des maisons et aussi comme dans les préventoriûms, sanatoriums, ou alors la question en jeu est l'éducation non plus de l'enfant pris dans son individualité mais l'éducation du groupe social, ce qui revient à faire le procès de l'Ecole, sujet auquel nous nous garderons bien de toucher, le laissant volontiers aux spécialistes de ces questions et aux pédagogues bien suffisamment embarrassés pour en venir à bout eux-mêmes.

Il y a pourtant un point particulier sur lequel il est nécessaire d'attirer l'attention ici, c'est-à-dire la difficulté de soigner des enfants dans leur famille quand il est le plus souvent ridiculement facile de leur faire faire tout ce que l'on veut dans les groupes hospitaliers. Et les plus enragés deviennent moutons entre les mains

d'une infirmière habituée à les prendre et loin de la pernicieuse influence de certains parents (parents dont la majorité est stupidement faible à l'heure actuelle et se prépare de beaux jours lors de l'adolescence des énervés qu'ils sont en train de façonner). M. Armand Delille, étudiant dans *Le Monde Médical* la base du traitement de toute manifestation tuberculeuse chez l'enfant, mais plus spécialement des formes pulmonaires, concluait à la cure dite sanatoriale qui comprend les trois éléments essentiels d'une cure, c'est-à-dire repos, aération permanente et alimentation réparatrice et pour l'élément repos, il précisait à juste titre ses formes et ses difficultés ainsi : « difficile à obtenir chez l'enfant qu'on ne peut raisonner pour lui en faire comprendre l'utilité, c'est pourquoi les institutions sanatoriales l'obtiennent plus facilement à cause de la discipline générale à laquelle se soumettent plus aisément les enfants quand ils sont groupés en collectivité ; encore faut-il au début la surveillance attentive d'infirmières compétentes et habituées à se faire obéir. En cure libre, cette discipline est beaucoup plus difficile à obtenir ; pour y arriver, il faut soit une infirmière ou une gouvernante qui puisse imposer à l'enfant l'observation des prescriptions et sache en même temps l'occuper pendant ses heures de lit ou de chaise longue, soit une mère suffisamment ferme pour se faire obéir de l'enfant. Nous avons vu des cures faites dans de parfaites conditions climatiques compromises par l'indocilité de certains enfants et par la faiblesse de leurs parents... »

Et ce qui vient d'être dit par une bouche plus autorisée que la nôtre est combien encore véridique pour certains adultes, pour beaucoup d'adultes. Il est si tentant lorsque l'on est immobilisé sur une chaise-longue l'après-midi par exemple de se déranger à la moindre occasion, de ne pas manger si personne n'est là pour vous surveiller, etc... C'est d'ailleurs cette discipline qui plus que tous les moyens thérapeutiques des sanatoriums a une action sur cette terrible maladie.

Lorsque la séparation est obligatoire, alors que la tuberculose est là, implacable, il faut évidemment se résigner à soigner un mal par un moindre mal, mais enfin il était nécessaire d'énumérer un peu les points faibles de cet exil et de les toucher du doigt afin de faire ressortir toute la complexité d'un problème qui pour être résolu par l'affirmative dans ces cas précis n'en est pas moins l'objet d'une grande inquiétude chez tous ceux qui étudient ces questions non plus seulement du point de vue scientifique pur mais encore avec leur cœur compatissant.

Si quittant l'enfant nous étudions la séparation chez l'adulte, d'autres faits viennent aussi compliquer le problème. En effet l'enfant, partie de la famille, n'en est tout de même pas le noyau comme le père ou la mère ; lorsque l'un des époux est atteint de tuberculose, la question devient donc plus compliquée par le fait de cette importance capitale que l'un ou l'autre possède dans la cellule primitive : selon les cas, et toutes les hypothèses peuvent être envisagées, il y a

lieu de voir les désavantages de la séparation ; les voir : les toucher du doigt seulement, car si du fait de la contagion, l'exclusion du membre atteint est nécessaire, aucune considération d'un autre ordre ne peut primer celle-là.

En prenant la question uniquement du côté familial, c'est-à-dire du point de vue de ceux qui restent (nous envisagerons plus loin le point de vue du séparé) il y d'abord la question matérielle : situation d'un ménage sans fortune avec des enfants en bas-âge et apparition d'une tuberculose pulmonaire chez le père, qui seul travaillait. Malgré tous les efforts faits par les œuvres, les allocations, les soutiens, c'est sinon la misère complète, une grande gêne. Dans certains milieux, si la maladie et l'éloignement dure longtemps, la mère prend un amant, c'est quelquefois une débauche plus complète. C'est quelquefois la prise en grippe des enfants qui sont trop lourdement à la charge d'une femme seule et que le destin semble accabler. Et ceci est encore plus terrible lorsque la femme seule est atteinte et éloignée : l'homme continue à gagner sa vie pour alimenter un foyer que des voisines charitables tiennent, jusqu'au jour où le mari amène une femme qui sera une marâtre pour les enfants ou bien est pris par l'alcool et se vautre dans tous les vices que l'ennui, le désespoir, la rentrée le soir dans un logement mal tenu expliquent s'ils ne l'excusent. On nous objectera que ce sont des exceptions, mais nous demanderons seulement l'avis des médecins de quartiers des grandes villes, des curés de faubourgs, de

toute cette armée de visiteuses d'hygiène sociale qui sont tous bien placés pour connaître ces cas-là. Et ce que nous écrivons pour les pauvres, pour ceux qui dans cette dure épreuve qu'est la séparation, n'ont pas cette consolation de pouvoir au moins bien soigner ceux qui restent ou combler de gâteries celui ou celle qui est séparé, nous n'hésitons pas à le dire pour beaucoup de riches qui, s'ils peuvent confier à des nurses les enfants, n'hésitent pas à se consoler largement de leurs déboires par ailleurs. Et ce sont des exceptions nombreuses, et nous avons sous la plume des exemples concrets qui n'illustrent malheureusement que trop bien tout ce que nous venons d'écrire. Heureusement d'autres cas et nombreux sont consolants pour ceux qui s'occupent de toute cette question non seulement du point de vue social ou scientifique, mais encore avec leur cœur, et cherchent en plus des moyens que leur savoir leur donne, à concilier et neutraliser des drames par la pitié, la charité et le manque de découragement, trois grandes armes nécessaires à ceux qui cherchent à se dévouer à l'assistance sociale.

Quittant la famille restée au foyer, il nous faut examiner maintenant le cas du séparé, de celui homme ou femme qui est au préventorium, au sanatorium. Pour lui ou elle la crainte vient de deux côtés : tout d'abord état psychologique spécial du tuberculeux et d'autre part repos pernicieux pour un individu habitué à travailler (nous y reviendrons en détail un peu plus loin).

L'état psychologique du tuberculeux a beaucoup été

étudié et si des thèses ont été imprimées sur ce sujet, nous croyons que l'on a beaucoup exagéré cet état mental qui n'est pas si particulier que cela, qui n'est pas propre d'ailleurs à la tuberculose mais beaucoup plutôt dû au fait que l'infection par le bacille de Koch est une maladie chronique qui exige le plus souvent un grand repos, repos qui amène l'habitude de la réflexion chez des travailleurs manuels ou autres, surtout de la réflexion à propos d'une maladie que l'on craint beaucoup dans les classes populaires et que l'on considère comme totalement incurable. En plus de ce sentiment de déchéance biologique, il y a cet autre fait de déchéance sociale qui, lui, a une portée immédiate sur les conditions matérielles de l'existence de la famille. L'état d'esprit du tuberculeux non isolé est donc un complexe d'infériorité physique auquel se joint l'infériorité sociale, le danger pour les proches qui chez ceux qui ont un fond basé sur l'égoïsme, se traduit par la mauvaise volonté à s'isoler et l'idée de l'égalité par la maladie (pourquoi moi et pas les autres). Le médecin aura sérieusement à lutter s'il ne peut isoler son malade tout d'abord contre l'ignorance du tuberculeux qui *ne veut* pas être contagieux, il aura aussi à lutter contre son égoïsme, il faudra qu'il prenne les précautions que lui dictera sa connaissance du sujet et de sa famille avant d'annoncer la contagion car il risquerait sans cela d'effrayer un malade émotionnable où de le voir privé de soins et d'affections par son entourage qui craindrait exagérément les dégâts du bacille de Koch.

Si maintenant nous considérons le « séparé » à son point de vue personnel, au sens des méfaits que l'isolement dans un sanatorium peut lui procurer, au point de vue psychologique nous arrivons à la question si importante alors et qui, elle, fait comprendre en effet l'importance des travaux sur l'état mental du tuberculeux car s'y joint l'important point d'interrogation si discuté : du travail de ces malades. La méthode du travail appelée méthode de Paterson (1908) a été essayée bien avant lui par Sydenham à la fin du ^{xvii}^e siècle, par Salvadori en 1789, par des Allemands, des Suisses, les Pendzold, les Lipp, les Schwaab, par des Français, les Küss en 1907, les Mantoux, par Vaudremer qui ensuite fonda la Colonie agricole du Cannet, par Boulomié dans sa colonie sanitaire agricole de Tonnay-Charente, et qui maintenant fait partie du bagage thérapeutique associé dans les principaux sanatoriums suisses et français, sanatorium-usine de Rollier à Leysin, création par les hôpitaux de Lyon sous la direction du Professeur Bérard, d'un sanatorium-manufacture dans la presqu'île de Gien par exemple, travail dosé selon les méthodes scientifiques, selon le poids du malade, sa température, son pouls, ses signes cliniques, notions que nous ne voulons pas développer ici. Les raisons autres que les raisons d'ordre uniquement thérapeutiques sont d'ordre psychologique. En effet c'est une vie terriblement démoralisante que celle de ces hommes qui, habitués à un travail utile et absorbant, et gagnant leur vie, se trouvent souvent du jour au lendemain condamnés à une immo-

bilité relative : « N'ayant plus qu'à se chauffer au soleil sur des chaises longues en causant de leur maladie » (Vigné). Le proverbe anglais : « Satan finds some mischief still for idle hands to do » (Satan trouve toujours quelques malices pour les mains oisives) est de pleine actualité ici et chacun ramène le monde entier à sa tuberculose, dégénère moralement et arrive à un véritable dégoût pour le travail. « Peu à peu ils prennent l'habitude d'une vie oisive entretenue aux frais de la collectivité et cette accoutumance à la paresse et à l'aumône entraîneront fatalement un abaissement moral pour l'individu » (Vigné). Par tous ces faits nous pouvons voir que non seulement grâce à sa maladie mais surtout grâce à l'ambiance, le tuberculeux possède (en général) un fond mental constitué par d'instabilité, une affectivité exagérée qui peut se manifester dans un sens positif aussi bien que négatif, (et ceci dans le domaine passionnel comme dans les domaines politiques ou religieux), un aigrissement.

Il faudra donc dans le point de vue maintenant de la thérapeutique, dans le point de vue plutôt de la psychothérapie, organiser pour ceux qui le peuvent sans danger physique, un travail ou tout au moins une occupation qui maintiendra leur instinct de puissance, instinct sans lequel la guérison deviendra une étape problématique et tout au moins le retour à la vie normale une véritable souffrance pour le tuberculeux guéri.

Ne connaissons-nous pas tous de ces tuberculeux pensionnés et qui feraient plutôt des imprudences pour

maintenir leur maladie tant ils sont désolés quand les conseils de réforme leur annoncent leur guérison et leur diminution de pension. Dans ce domaine pourront intervenir en dehors des influences intérieures du sanatorium, d'heureuses influences extérieures tels que les rapports épistolaires avec la famille quand celle-ci est intelligente et consciente de ses devoirs moraux, sinon avec des marraines qui voudraient bien se dévouer pour remonter des courages déficients, les bons effets du journal *Revivre* du R. P. Sanson sont à signaler dans cet ordre d'idées.

En résumé dans ce paragraphe où nous avons voulu entrevoir la question de la séparation au point de vue de ses méfaits, il nous est impossible de donner une conclusion nette car ce ne sont que cas d'espèces et l'éloignement qui dans l'intellect ou la moralité d'un individu sera tout à fait pernicieux, aura chez un autre les meilleurs effets par la disparition d'une ambiance familiale néfaste.

Et la complexité de ce problème qui est immense (nous voulons et ne cesserons pas de le répéter au cours de chacun des paragraphes suivants) ne peut être dénouée que par l'étude du cas en question par le médecin de la famille aidé s'il y a lieu dans ses réflexions et décisions par l'autorité d'un spécialiste qui, lui, pourra imposer la conclusion thérapeutique : séparation ou non d'après les examens médicaux faits en commun et d'après les dires du praticien connaissant le caractère du sujet et la position du milieu dans lequel il vit.

Néanmoins, lorsque la vie est en jeu, lorsqu'une contagion grave peut être à craindre, il ne faudra pas se laisser importuner par cette question qui dans ce cas deviendra secondaire. Par l'organisation de plus en plus en progrès des éléments de traitement lors de la séparation, tous ces méfaits deviendront de moins en moins nocifs et ne permettront plus au médecin et aux familles d'hésiter.

Peut-être, et ceci est le souhait que nous formons tous, l'avenir et le travail acharné des savants du monde entier qui, penchés sur les plans de bataille, essaient d'enrayer la marche du bacille de Koch, nous apportera un moyen de lutte qu'il nous sera possible d'appliquer dans la famille. Des découvertes comme le pneumothorax thérapeutique, et le B. C. G. pour ne parler que de ces deux-là nous permettent d'ailleurs d'espérer dans les progrès de la Science.

CHAPITRE III

La séparation. Ses moyens.

La lutte antituberculeuse.

A la base de l'Armement antituberculeux en France, se trouve le médecin praticien qui le plus souvent est le premier à dépister dans la famille qu'il soigne ou dans sa consultation les formes souvent bénignes et encore guérissables ou tout au moins largement améliorables de la tuberculose. En dehors du médecin, se trouve toutes les infirmières sociales, visiteuses d'hygiène, infirmières des usines, des grands magasins, assistantes scolaires qui par leur fonction peuvent envoyer au praticien habitué de la famille, aux services de consultation des services spécialisés des hôpitaux ou des dispensaires, l'individu qu'elles soupçonnent de quelque infériorité de santé. Tous ces moyens qui sont le premier stade de la lutte se rejoignent tous au point central, au poste de commandement et de triage qui est le dispensaire antituberculeux dont le rôle est le suivant ; tout d'abord : action prophylactique personnelle par les soins donnés aux malades, l'hygiène à domicile, par l'action de ces visiteuses (crachoirs, désinfection, tenue du logement), l'éduca-

tion antituberculeuse de ses ressortissants, les moyens d'assurer et de faciliter aux malades leur admission dans des établissements *ad hoc*, enfin action de gare régulatrice pour les autres œuvres antituberculeuses.

L'hygiène en France est basée en dehors des œuvres privées qui s'y rattachent sur l'unité du front de combat. Partant du Ministère de la Santé Publique, les directives parviennent aux Préfectures, où se trouvent les Services d'Hygiène Sociale centralisés dans chaque département ; chaque commune possède ensuite, en théorie tout au moins, un service d'hygiène sociale, (services qui pour beaucoup dans les régions peu peuplées tout au moins, vu l'outillage et le personnel très coûteux, sont centralisés en des unions intercommunales, soit cantonnelles, soit pour l'arrondissement). Le personnel des divers services sortant d'écoles spéciales pour les infirmières, ayant le diplôme d'Hygiène d'une Faculté pour les Médecins. Le système des dispensaires antituberculeux est basé sur ce même principe et souvent ne fait qu'un avec les services d'hygiène sociale, à la tête se trouve le Comité National de Défense antituberculeuse.

Le service social bien organisé doit avoir en vue, en partant des cas individuels, les cas collectifs, l'industrie, les institutions fermées et être centralisé dans un service d'étude, d'organisation et de propagande sociale (propagande comprenant les conférences, les affiches, le cinéma, la radiodiffusion, les tracts, les timbres antituberculeux), (voir, *Technique moderne de la Propagande d'Hygiène sociale*, de M. Viborel).

Les pays étrangers sont tous plus ou moins organisés de cette façon, nous allons les passer en revue dans leur grande ligne en nous adressant plus particulièrement à la lutte antituberculeuse et aux moyens moins ou différemment usités en France. (Ceux qui désireraient compléter par une documentation très détaillée cette question pourront s'adresser au livre de M. Sand sur l'hygiène sociale dans le monde, qui contient une description des moyens de lutte sociale contre les fléaux pathologiques).

En Allemagne la question des assurances sociales (dont nous reparlerons plus loin pour la France) est beaucoup plus développée que chez nous, il existe en outre d'intéressants bureaux de protection de la jeunesse, bureaux cantonaux, provinciaux, d'Etat, et fédéraux groupés en un Office de Protection sociale.

En Angleterre il existe une commission d'Hygiène des comités et des villes autonomes que dirige le service antituberculeux avec sous ses directives environ 500 dispensaires et 25.000 lits de sanatoriums. La déclaration de la tuberculose est obligatoire et donne lieu à des enquêtes des dispensaires. Les tuberculeux soumis aux assurances sociales touchent une allocation, enfin le malade sortant du sanatorium est suivi et il existe de nombreux ateliers et villages pour tuberculeux (comme nous l'avons vu plus haut, en Angleterre est née et s'est surtout développée cette question du travail des tuberculeux avec Paterson).

Aux Etats-Unis le service social antituberculeux est individualisé, un Comité central des œuvres centralise

dans chaque Etat ; mais chaque ville, chaque bourg a son organisation spéciale et des sociétés de suppléance à l'assistance publique forment le trait d'union entre l'administration et les œuvres privées.

Une chose est à remarquer ici c'est l'effort considérable des sociétés d'assurances privées. « Une compagnie d'assurance qui assure plus de 15 millions d'individus (milieux ouvriers) estimant qu'elle avait tout intérêt à avoir comme assurés des biens portants, payant les cotisations, au lieu d'entretenir des malades, a fait une campagne intensive antituberculeuse autant par ses infirmières visiteuses, ses dispensaires, sa propagande publicitaire auprès de ces assurés, ses visites médicales, ses hôpitaux spéciaux, qu'en 10 ans la mortalité des assurés par tuberculose a diminué de moitié ». (Prof. Taillens).

En Italie tout est centralisé à la Province et la prophylaxie antituberculeuse de l'Enfance dépend de l'œuvre de la Protection de la Maternité et de l'Enfance, œuvre paragouvernementale qui a dans chaque commune, un comité de patronage (médecins, curés, instituteurs, etc.) dont chaque membre a qualité d'officier public. En outre, il existe une assurance obligatoire des ouvriers contre la tuberculose avec secours temporaires pour les familles et traitement gratuit.

Lors d'une récente campagne antituberculeuse en Italie, ce décalogue avait été lancé à l'usage du grand public, il est intéressant de voir en plus de son originalité comme il est complet.

- 1) le salut à la romaine doit se substituer à la poignée de main qui peut être dangereuse et contagieuse ;
- 2) embrasser des personnes saines peut être dangereux surtout pour les enfants, mais embrasser des malades est un danger et une faute ;
- 3) peut être puni, au nom des dispositions en vigueur, quiconque a la rebutante et dangereuse habitude de cracher par terre dans les lieux publics et les voitures ;
- 4) les locaux publics doivent être munis de crachoirs. Les tasses et verres des comptoirs doivent être passés à la vapeur, les aliments protégés par des enveloppes.
- 5) L'eau courante dans les hôtels. Qui se lave dans une cuvette où un tuberculeux a pu faire sa toilette buccale, s'expose à un grave danger de contamination ;
- 6) Les cours des maisons populaires, les cuisines et les planches mal jointes et non lavables sont autant de sources de contagion pour les enfants qui s'infectent en jouant sur la terre ;
- 7) Il faut éliminer tous les tuberculeux des collectivités ;
- 8) Les enfants doivent passer quelques heures par jour à l'air libre et au soleil, il faut créer pour eux de vastes jardins dans les villes ;
- 9) Les instituteurs ont le devoir de faire l'éducation hygiénique des enfants. La presse a le devoir de propager cette éducation parmi les adultes.

- 10) Les familles doivent s'adresser au dispensaire non seulement pour faire examiner les malades, mais aussi pour faire désinfecter l'ambiance où a vécu le tuberculeux.

En U. R. S. le premier rouage est le médecin d'Etat et les dispensaires avec leurs Conseils d'aide sociale, le contrôle est théoriquement idéal car tout malade est forcé de passer par ces organisations. Chaque chef-lieu de district doit avoir son centre de santé avec tous les moyens de prophylaxie préventive. En plus existent des commissions d'assainissement de la vie et du travail, un enseignement très poussé de l'hygiène populaire, des écoles sanatoriales de plein air et un curieux organisme ; le sanatorium de nuit où sont traitées les formes d'extrême début, l'ouvrier quitte son travail le soir, se rend au sanatorium, se déshabille, met des vêtements fournis par l'établissement après un bain, reçoit son repas (basé sur les données scientifiques alimentaires et antituberculeuses) et passe sa nuit au grand air la fenêtre ouverte. Pendant ce temps il ne contagionne pas son entourage et on lui donne en plus toutes les indications thérapeutiques, hygiéniques et prophylactiques, en surveillant la marche de ses lésions.

Au Danemark, la déclaration obligatoire de la tuberculose existe, c'est d'ailleurs le premier pays qui l'ait édictée (en 1897). La Commission des Epidémies jouit des pouvoirs d'isolement les plus étendus. Les dispensaires et sanatoriums sont entretenus par l'Asso-

ciation nationale de déiense contre la tuberculose à laquelle l'Etat, les Municipalités et les œuvres fournissent des fonds considérables. La mortalité par tuberculose y est proportionnellement la plus basse du monde.

Les Pays-Bas ont surtout lutté contre le taudis, c'est le pays des cités jardins avec tous les avantages qui en résultent.

En Belgique l'armement antituberculeux est dirigé par une œuvre nationale que les pouvoirs publics subventionnent largement.

En Suisse la législation varie dans les 22 cantons, c'est à la commune qu'incombe la lutte antituberculeuse et parfois même les assurances sociales.

Au Japon il y a déclaration obligatoire par les médecins de tuberculose ainsi que des changements de résidence des tuberculeux pour une désinfection des locaux. Les administrations régionales sont autorisées à inspecter les maisons privées chaque fois que l'exigera une raison d'ordre sanitaire.

Il doit donc y avoir en fait d'assistance sociale non pas antagonisme entre l'Etat et les œuvres privées mais association. En effet si l'intrusion de l'Etat est nécessaire, car lui seul possède les moyens de lutte assez forts (moyens qui consistent non seulement à abattre les taudis, à élargir les rues et à donner de bons conseils d'hygiène, mais encore à créer des jardins publics, à construire des logements salubres, des sanatoriums et des hôpitaux), la contribution des œuvres pri-

vées est elle aussi très utile car elles font preuve de plus de souplesse, de plus liberté d'initiative, d'ingéniosité et peuvent contribuer à la formation d'un élément essentiel, la confiance, la tolérance et ceci qu'elles soient religieuses, laïques, patronales ou ouvrières.

M. Sand dans un plan de lutte antituberculeuse classe ainsi l'assistance sociale :

- 1) *Assistance palliative* (l'ouvrier qui devient tuberculeux assistance à femme, [enfants, tombés dans la misère).
- 2) *Assistance curative* (ouvrier tuberculeux est traité au sanatorium, on lui apprend ensuite un métier de plein air, on l'aide à s'établir dans un village, la famille peut alors se reconstituer).
- 3) *Assistance préventive* (on fait observer aux parents, aux enfants, à l'entourage des règles d'hygiène).
- 4) *Assistance constructive* (on organise dans le village des secours mutuels, des coopératives, des terrains de jeux, des centres d'instruction sociale).

Nous envisagerons tous les cas plus loin et surtout cette question de la rééducation que nous avons tant à cœur car comme le dit Mary Richemond : « Le service social des cas individuels est l'ensemble des méthodes qui développent la personnalité en rajustant consciemment et individuellement entre eux l'homme et son milieu social ».

Il est vrai que sans la bonne volonté de l'intéressé, sans sa collaboration, nous sommes bien désemparés

et si pour aider efficacement un être humain il est nécessaire de l'aimer et de le comprendre ; il nous est souvent difficile d'agir ainsi, de servir de tuteur à sa volonté, de provoquer, ou de développer son initiative individuelle.

La lutte contre la tuberculose comporte donc :

- 1) le dépistage,
- 2) l'isolement,
- 3) la thérapeutique,
- 4) l'amélioration de l'hygiène sociale (hygiène des usines, des bureaux, des intérieurs familiaux et hygiène individuelle),
- 5) l'augmentation des salaires dans certains cas ou la baisse du coût de la vie,
- 6) la construction
 - d'habitations salubres et bon marché,
 - d'écoles saines,
 - de cités-jardins,
 - de jardins en ville,
 - d'établissements de traitement assez nombreux,
- 7) le retour à la terre.

Lorsque le tuberculeux restera chez lui ou sera envoyé à la campagne en dehors des établissements publics et privés de soins ou de prévention, il devra être soumis à l'action des dispensaires et des infirmières visiteuses qui en dépendent.

« Mieux vaut mettre des garde-fous le long des ponts que de prévoir des barques de secours sur la rivière

pour repêcher ceux qui s'y seraient laissé choir » (M. Duclaux).

La question se complique du fait de l'éloignement des campagnes. Nous avons vu qu'il existait des unions intercommunales, mais le plus souvent elles n'ont pas le matériel suffisant, matériel humain aussi bien qu'appareillage, c'est pourquoi il y aurait lieu d'organiser des dispensaires ambulants, soit automobiles, soit sur voie ferrée. La compagnie du Nord par exemple a 2 wagons qui vont de gare en gare et contiennent tout le matériel radiologique aussi bien que bactériologique pour dépister la tuberculose. Un camion bien compris devrait avoir tous ces moyens : radiologie, microscope, toise, bascule, comprendre des tracts, des brochures à distribuer, un matériel cinématographique même, pour faire de la propagande prophylactique et être sous les ordres et la présence d'un médecin spécialisé et d'une infirmière sociale.

Toujours dans l'ordre de l'isolement des campagnes il y aurait à envisager la question de l'institutrice de village et la sage-femme, diplômées d'hygiène, car l'installation d'une infirmière visiteuse pour certain village serait d'un coût exagéré pour le peu de service qu'il pourrait rendre.

Ici encore dans les moyens de lutte nous devons envisager la protection du jeune âge. En effet, la surveillance médicale des nourrices a été organisée par la loi du 23 décembre 1874, dite loi Roussel, une nouvelle loi plus efficace est en voie d'être appliquée, c'est la loi Strauss. Toutes les nourrices (même non payées)

seraient obligées de faire une déclaration à la mairie ou à la préfecture, elles devraient se soumettre à un examen médical complet, les locaux devraient être soumis à l'inspection d'une visiteuse du service de protection de la première enfance. Il y aurait obligation pour chacune de ces femmes prenant en garde un nourrisson d'avoir un carnet marquant les étapes de la vie du bébé, les visites mensuelles du médecin, celles plus fréquentes de la visiteuse (Prof. Tanon).

Nous en arrivons maintenant à l'étude des divers modes de séparation. Jusqu'ici nous avons eu surtout en vue les cas, les avantages et les méfaits de cet état de chose et l'armement antituberculeux en dehors des moyens de traitement, il nous faut donc passer en revue l'état des moyens de lutte contre la tuberculose envisagés du point de vue de l'isolement du contagieux. Nous ne nous attarderons pas à décrire tous les sanatoriums de France, toutes les maisons de cure, tous les centres de placement. Il faudrait un gros volume pour cette œuvre et d'ailleurs le travail en a déjà été fait. Nous renvoyons donc aux auteurs suivants ceux qui, en nous lisant, regretteraient de ne pas trouver la liste de tous ces établissements : Roueche (*Notions d'Hygiène sociale de l'Enfance*); Poix (*Armement antituberculeux en France*). Pour nous, nous donnerons seulement des exemples pour les établissements dont nous expliquerons le mode d'action.

I. — Les enfants.

La lutte contre la mortalité du premier âge par tuberculose a été depuis longtemps un problème angoissant. Le dogme de la séparation qui règne surtout depuis Grancher a amené ce dernier à mettre sur pied la superbe œuvre qui porte son nom. Les enfants placés dès la naissance dans des familles de paysans sains doivent « arriver pleins de vigueur au seuil de l'adolescence et alors choisir entre la vie des champs et le retour à la grande ville » (Grancher).

De 1903 à 1926, l'œuvre parisienne a eu 2.500 enfants placés, il y eut sur ce nombre 7 cas de tuberculose dont 2 mortels par méningite tuberculeuse (les 5 autres ayant guéri après un séjour dans des établissements appropriés), ce qui fait une morbidité de 0,03 %, et une mortalité de 0,01 %. Au contraire, chez les enfants non séparés il y a au moins 60 % de morbidité et 40 % de mortalité. Le Professeur Léon Bernard et M. Debré donnent 3 ou 4 % de mortalité dans leurs œuvres de placement familial des Tout-Petits contre 90 % lorsque les enfants restent avec leur mère. Pour la séparation des enfants, il y a un premier organisme, c'est la maternité pour tuberculeuse (isolement des tuberculeuses enceintes et prêtes à accoucher) comme le Professeur Couvelaire et M. Lacomme en ont organisé une à Baudelocque à Paris — organisme qui isole les nouveau-nés dès leur apparition dans la vie — et en second lieu d'une part les décisions privées de la

clientèle riche ou aisée que nous ne citons ici que pour mémoire et les décisions que prennent les médecins de la population pauvre et les accoucheurs des hôpitaux (décision de séparation isolée ou de séparation groupée). La question pour l'enfance se pose donc ainsi :

1^o *Il s'agit d'un enfant sain exposé à la contagion familiale.*

a) DE LA NAISSANCE A TROIS ANS.

Centres d'élevages (villages ou groupes de villages où sont placés des nourrissons préalablement examinés et alors élevés sous la surveillance d'un médecin et d'une infirmière visiteuse).

« Ces centres ont à la fois les avantages des pouponnières quant à la surveillance médicale et hygiénique et ceux du placement ordinaire en nourrice en ce qui concerne l'isolement du nourrisson et sa vie normale dans une famille, et d'autre part ils n'ont ni les inconvénients de l'un ou de l'autre » (A. Bohn et Mme Bohn-Nageotte).

PAR EXEMPLE : à *Argent* (Cher) pour l'Œuvre du placement Familial des Tout-Petits (prof. Léon Bernard) œuvre qui a comme rayon d'action Seine, Seine-et-Oise, Oise.

PAR EXEMPLE : *Couture* (Loir-et-Cher) pour l'Œuvre Grancher de Paris. Enfin bien d'autres centres

pour les filiales de Province de l'œuvre Gran-
cher (surtout à partir de 3 ans).

b) DANS LA SECONDE ENFANCE

Placement familial par l'Œuvre Grancher et ses filiales de Province, par l'Office public d'Hygiène sociale où les dispensaires de lutttes anti-tuberculeuses des arrondissements. Ici on peut citer encore, en dehors du placement familial les écoles en plein air qui reçoivent les enfants sains et peuvent permettre de les éliminer des journées entières d'un foyer suspect (si l'isolement est difficile), on peut citer encore les Internats qui éloignent les enfants de leur famille et ceci pour les parents aisés.

- 2° *Il s'agit d'un enfant présentant une forme bénigne de tuberculose extra-pulmonaire (adénopathie inactive, séquelle de pleurésie ou d'arthrite tuberculeuse) enfant qui n'est pas contagieux mais vit le plus souvent dans un milieu familial contaminé.*

Alors : *Préventorium* dont il existe environ une centaine d'établissements.

Le Professeur Léon Bernard en donnait aussi cette définition qu'il a fait adopter par le premier Congrès des écoles en plein air... « établissement situé à la campagne, où des enfants le plus souvent exposés à la contagion, dans le milieu familial, non fébricitants, non conta-

gieux, atteints de formes initiales, latentes et curables de tuberculose non pulmonaire, sont soumis en régime d'internat à une hygiène spéciale, constituée par une alimentation surveillée, une aération continue et une association de repos et d'entraînement physique respectivement dosés par la collaboration d'un médecin et d'un pédagogue... ». Prenons comme exemple le Préventorium forestier de Kerpape dans le Morbihan et celui de Groslay en Seine-et-Oise.

3° *Il s'agit d'enfants atteints de tuberculose non pulmonaire en activité*, osseuse, articulaire, ganglionnaire, cutanée ou péritonéale.

Sanatoriums marins dont il existe un peu plus d'une cinquantaine d'établissements dont nous citerons pour l'exemple : L'œuvre des Petits lits blancs (*l'Intransigeant*) à Roscoff dans le Finistère, Arcachon dans la Gironde, Berck (Assistance publique de Paris), Giens (Var).

4° *Il s'agit d'enfants tuberculeux pulmonaires en activité*.

Alors nous avons des sanatoriums : Ormesson, Villiers-sur-Marne (tous les deux dépendent de l'Office public d'Hygiène sociale), l'hospice Debrousse, Villepinte, Brévannes (pour Paris et les environs). En province : Saint-Bertrand-de-Comminges en Haute-Garonne et Noisy-le-Grand par exemple.

Nous voyons donc par cette énumération succincte

que nous avons tous les moyens de lutte pour l'enfance tuberculeuse.

L'enfant signalé par le médecin, par l'infirmière visiteuse au dispensaire de lutte antituberculeuse est pris en charge par ce dernier qui s'occupe des démarches à faire et dont nous avons vu le fonctionnement alors que nous examinions une vue d'ensemble de la lutte antituberculeuse en France. Un ennui est évident, c'est le manque de place dans ces établissements en regard du nombre des sujets qui ont besoin d'une place. Ennui qui se complique du fait que l'enfant sain par exemple est obligé d'attendre dans sa famille contaminante et ceci beaucoup plus souvent que nous ne le désirerions. Et si l'encombrement des maisons *ad hoc* est en jeu, il y a en outre l'établissement du dossier, la nécessité d'un service de renseignement, la contre-visite, la périodicité des convois qui viennent retarder les départs. C'est pourquoi, et malheureusement il n'y en a pas assez, ont été créés des organismes appelés Abris temporaires où les enfants sont isolés du milieu familial, sont l'objet d'exams nombreux et minutieux, sont vaccinés et attendent dans les conditions les meilleures pour leur santé comme pour la contagion d'être emmenés dans le centre désigné. A Paris, par exemple, citons les Maisons Maternelles de la rue Manin et de l'avenue de Montsouris, les asiles temporaires d'enfants de la rue de Gergovie, l'abri temporaire de la rue Jacquier.

Il est bien entendu que nous passons sous silence les établissements privés (en dehors des Œuvres) où

les médecins peuvent organiser des cures pour les séparés riches et qui d'ailleurs reposent sur le même principe.

II. — Les adultes.

Pour les adultes, signalés comme les enfants par les médecins, les infirmières-visiteuses, etc., ils sont inscrits dans les rôles des dispensaires qui se chargent de les placer, et ici nous nous trouvons dans les mêmes cas que pour les enfants si ce n'est que l'adulte sain n'est pas éliminé d'une famille où contagionne un tuberculeux, mais qu'il n'y a qu'un point de vue à examiner, l'éloignement du malade. Aussi la question est-elle uniquement basée sur l'établissement des sanatoriums. Sanatorium public, sanatorium privé, l'un ou l'autre suivant les moyens du contagieux, il nous importe seulement ici de connaître le degré et la forme de la tuberculose en question.

1° Les tuberculoses pulmonaires en activité et susceptibles d'amélioration ou de guérison bénéficient des nombreux sanatoriums qui de plus en plus jalonnent les bonnes régions climatiques de notre pays, et pourtant ne sont pas encore assez nombreux, et que nous ne pouvons tous citer ici.

M. Poix, dans *Paris-Médical*, publiait dernièrement la liste des sanatoriums, liste mise à jour par le Service Technique du Comité National contre la tuberculose : 118 établissements avec 13.000 lits (31 san. d'altitude et 87 de plaine) comprenant (41 san. privés avec

2.689 lits, 31 san. privés populaires avec 2.552 lits et 46 san. publics ou assimilés avec 7.736 lits).

2) Les tuberculoses pulmonaires trop avancées seront les clients des services hospitaliers spécialisés dans les hôpitaux des villes ou mieux des hôpitaux sanatoriums.

a) dans les services d'isolement des grands hôpitaux trouveront place les tuberculeux absolument pas transportables, et ces services pourront, en outre, être les centres d'entretien des pneumothorax thérapeutiques. Ils permettent aussi d'enlever les tuberculeux contagieux des lits des services de médecine générale où leur voisinage est particulièrement néfaste pour des malades non tuberculeux et susceptibles plus que d'autres par leur infériorité physique d'être contaminés.

b) dans les hôpitaux sanatoriums nous aurons des malades atteints de tuberculose pulmonaire grave ou peu susceptibles de guérison, il est nécessaire que ces établissements soient situés non seulement à la campagne à cause du soleil et du grand air, mais encore installés dans le voisinage des grandes villes (où se recrutent le plus de tuberculeux) pour plusieurs raisons importantes dont les principales sont : le manque de rupture du contact moral avec la famille par la proximité (moyens de communication rapide, commode et bon marché).

« C'est une question d'humanité tant pour le malade que pour les siens : les familles sont assez frappées moralement et matériellement par cette terrible et longue maladie chronique qu'est la tuberculose pulmonaire pour ne pas tout faire pour diminuer leur fardeau et leur peine ».
(Prof. Courmont, de Lyon).

pas de transports lointains et fatigants pour emmener les malades, séjour favorable pour des tuberculeux soumis à l'installation d'un pneumothorax thérapeutique (présence qui permettra une meilleure réputation à ces établissements qui, comme le dit M. Küss : « Comme ils hospitalisent quantité de tuberculeux susceptibles de sortir en état satisfaisant et de reprendre leur travail, ils sont préservés par cela même de la sinistre réputation d'hospices d'incurables qui les empêcheraient de remplir leur rôle social ».

3) Les osseux, tous les tuberculeux non contagieux iront dans les sanatoriums marins dont Beck est un exemple, mais ici la question de la séparation a moins d'intérêt spécial que celle de la thérapeutique.

4) Enfin les militaires et marins, officiers, sous-officiers et soldats ont des hôpitaux spéciaux.

CHAPITRE IV

Le foyer du tuberculeux guéri

Il nous faut maintenant envisager le cas du tuberculeux guéri ou tout au moins amélioré, que le sanatorium renvoie dans ses foyers. En plus des critères de guérison physique ou tout au moins de non contagion, des examens de laboratoire répétés peuvent nous apporter, nous ne dirons pas une certitude mais une probabilité, il y a la grave question de la réactivation de foyers qui semblaient cicatrisés, il y a la nouvelle atteinte aiguë qui pourra débiter incidemment et qui sans surprendre le médecin, le trouvera à cours de moyens immédiats de séparation. C'est cette question angoissante, revenant plonger dans le désespoir une famille confiante vu le bon résultat de la première atteinte, qui, à notre avis, sera la plus néfaste car elle viendra, en plus du danger de contagion et de sa gravité physique, anéantir tout le courage, tout l'espoir que le tuberculeux et son entourage avaient mis dans la bonne tournure des événements. Et ces deux éléments sont tout à fait à considérer dans le pronostic de cette longue et déprimante maladie. Le po-

tentiel psychologique et moral du tuberculeux fait souvent autant que les meilleurs soins que la science peut lui donner et tout au moins aide considérablement la réussite de la thérapeutique et le pronostic de la forme.

Nous avons longuement développé plus haut la question du moral de ce malade particulier, moral que la cure de repos aggrave souvent, et si M. Mouriquand a pu parler des inadaptés urbains, il serait bon aussi de décrire l'inadapté convalescent de tuberculose. C'est en effet un étrange paradoxe que de tirer des malades d'un milieu souvent miséreux et de les rejeter dans leur vie avec ce dégoût du travail que leur aura donné l'oisiveté du sanatorium. M. Rollier dit que le bain d'air et de lumière (partie du traitement sanatorial) est l'excitant naturel de la peau et que celle-ci est l'une des sources les plus naturelles de l'énergie physique. C'est pourquoi (évidemment il y a des exceptions, de nombreuses formes impossibles à mettre à un tel régime) il est urgent de donner à ceux qui peuvent, une éducation manuelle, et transformer un bureaucrate (dont la rentrée dans son bureau à la sortie du sanatorium sera néfaste) par exemple en un horticulteur, en un fabricant de brosses, de petits objets qu'il pourra confectionner à la campagne dans une ambiance naturelle propice au maintien de son amélioration physique, tout en cherchant à conserver le plus possible le métier d'avant la maladie. C'est pourquoi il y aurait lieu, comme le fait a été surtout organisé en Angleterre, à mettre sur pied les villages de tuberculeux, village

de convalescent — qui auraient peut-être une vie ralentie, mais tout au moins une vie utile. En ces temps où la désertion des campagnes est un fait contre quoi les pouvoirs publics sont atteints d'impuissance, en ces temps où l'on peut voir sans s'étonner par trop des annonces sur les journaux qui proposent la vente d'un village entier, où l'on peut lire sur l'*Illustration* une enquête de Ludovic Naudau décrivant le nombre de villages *entièrement* dépeuplés et que des Italiens viennent habiter dans le Midi, il serait peut-être bon d'en profiter pour des organisations post-sanatoriales car la « crise » sévissant avec vigueur dans les villes, il pourrait se produire un retour à la terre qui rendrait la réalisation de ce problème beaucoup plus difficile qu'actuellement. Encore ici ce ne peut guère être que l'Etat (qui lui aussi a des difficultés budgétaires) qui pourrait agir. Des œuvres privées ne peuvent organiser ces plans qu'avec l'aide de l'Etat. Ainsi la Fédération nationale des blessés du poumon, en installant son village à Salagnac, en Dordogne, dut demander le terrain à l'Etat et 60 millions (un vote du parlement en 1930 lui en donna 52). Du sanatorium qui aurait fonction d'école de rééducation partiraient les guéris et améliorés nantis d'un métier (leur ancien métier, s'il est jugé non contraire à leur maladie, ou un autre). Ils seraient dirigés sur la campagne et placés soit chez d'anciens malades ayant réussi, soit chez des gens sans enfants qui fourniraient des garanties morales et matérielles, ou bien il y aurait fondation d'un village, d'une colonie agricole où seuls seraient

admis les convalescents et les améliorés capables de faire venir leur famille de la ville et incapables, avec des mesures prophylactiques finement établies, de les contagionner. (Par exemple : Les Cottages sanitaires de Saint-Gobain, réservés par l'Off. nat. des mutilés et des Réformés aux tuberculeux pulmonaires réformés à 100 %.)

Un service médical et de visiteuses, d'auxiliaires sociales aurait évidemment le premier plan dans ce village et aurait la charge d'une surveillance stricte. En décrivant cet idéal de convalescence ou de retour au foyer, nous avons évidemment en vue les multiples difficultés et les écueils nombreux qu'un tel problème vient soulever. Comment faire accepter à des gens (qui souvent sont des terriens ayant déserté la campagne pour venir à la ville et atteints, par ce fait, plus que d'autres, par la tuberculose), qui n'ont qu'un désir, retourner aux plaisirs que la maladie leur a fait quitter, à d'autres qui ne se sont mariés qu'à la condition de demeurer en ville, à d'autres qui ont des ambitions et ne peuvent les réaliser que dans un centre important, comment faire comprendre à tous ceux-là que bien que guéris à peu près, ils ne peuvent reprendre leur vie passée avec tous leurs rêves.

C'est une question d'éducation individuelle qui malheureusement ne dépend pas du malade seul mais encore de la famille restée en ville, de l'avenir des enfants qui ne pourraient plus faire les études pour lesquelles on les préparait, ou prendre le métier auquel on les destinait.

Un moindre mal serait peut-être, selon l'idée du Dr Colomban, d'employer 2 tuberculeux, 1/2 journée de 4 h. chacun, ce qui ferait 1 journée de travail ordinaire pour l'employeur et la possibilité de 1/2 journée de cure pour chacun des convalescents.

Il n'y aurait encore que la rééducation des habitudes individuelles, de la mentalité du malade, il y aurait un gros effort à faire, mais c'est une éducation collective familiale, et dans ce cas un seul rouage rébarbatif peut empêcher la machine d'avancer dans l'ordre prévu et voulu.

Dans ce domaine particulier, de même que dans toutes les directions, chacun reste l'ouvrier de son propre salut, physique et moral ; aussi ce service social que les œuvres, que les sanatoriums pourraient envisager à une limite morale, il y faut la collaboration de l'intéressé et de son ambiance familiale. Le tempérament français particulièrement frondeur (c'est une coutume de le répéter partout) s'adapte d'autant plus mal à toutes ces mesures comme aussi à l'introduction dans sa famille d'une infirmière visiteuse, qui vient sans qu'on la demande, et bien que petit à petit l'idée ait été acceptée plus facilement dans la foule par une éducation sociale plus poussée, il est encore fréquent que ces femmes de bien soient mises énergiquement à la porte de certains taudis. Il n'en est pas partout de même et en Amérique, aux Etats-Unis, par exemple, qui ont un service social très fortement développé, on peut voir des monitrices d'économie domestique, des visiteuses d'économie domestique, des diététiciennes,

des monitrices de régime, des monitrices de garderies d'enfants, des inspectrices de la sécurité, des conseillères de l'orientation et de la sélection professionnelle sans que cela choque les habitudes de ce peuple que l'on dit à tort si libre.

Dans le cas actuel, où la réalisation de tout ceci n'est encore qu'à l'état naissant, il faudra donc que le tuberculeux rentrant à son foyer se soumette à l'inspection médicale, à la visite d'infirmières des dispensaires et aux précautions d'usage pour empêcher la contagion de ses proches et de ceux avec qui il travaille.

1^o Empêcher la dissémination des crachats et des gouttelettes de Plügge, par l'usage des crachoirs, par la protection par un écran devant la bouche ou un mouchoir.

Le médecin devra d'ailleurs faire une véritable ordonnance pour la discipline des crachoirs (Courmont) : 2 crachoirs dont un en service et l'autre en cours de désinfection.

2^o Empêcher la dissémination des crachats desséchés :

- par la lutte contre les poussières ;
- par les procédés de nettoyage humide ;
- par l'hygiène des professions à poussières tuberculigènes.

3^o Faire la désinfection des crachats, des linges, des appartements (Nous laissons volontairement de côté les moyens de désinfection qui ne sont plus du cadre de ce travail).

Au point de vue de l'entourage : celui-ci doit essayer de conserver une bonne santé générale car l'allergie deviendrait annergie, c'est pourquoi ce que M. Pescher a appelé la physioprophyllaxie est doublement utile ici : en effet, en faisant disparaître l'état de moindre résistance des organes, en leur faisant récupérer par un rendement approprié leur rendement biologique normal on empêche l'atteinte par la maladie et en particulier ici par la tuberculose.

Il y aura lieu en plus d'éliminer les diabétiques, toutes les maladies infectieuses, les femmes pendant la grossesse et même au moment de leurs règles, les troubles glandulaires, les déracinés (ces inadaptés urbains de M. Mouriquand) les fatigués, par des abus de travail ou autre, les parents qui viennent brusquement de changer de climat, de l'entourage du tuberculeux guéri ou amélioré (et volontairement nous passons sous silence la question des enfants).

Conclusions

Bien que ne voulant pas terminer cet exposé par une note pessimiste, nous sommes obligés de constater que si des progrès immenses ont été faits en lutte antituberculeuse par l'œuvre bienfaisante des dispensaires, par l'action personnelle des praticiens, par les moyens de publicité des offices d'hygiène sociale, il y a encore un immense point à régler : c'est celui des établissements de cure suffisamment nombreux et cet effort ne peut être tenté que grâce à une action pécuniaire à laquelle tous nous devons contribuer, mais qui avant tout doit être l'œuvre de l'Etat et particulièrement de la Caisse des dépôts et consignations où dorment des fonds considérables provenant des assurés sociaux (et les bénéficiaires de cette mesure en seraient ceux qui la payent, puisque les 9/10 des tuberculeux se recrutent parmi les assurés sociaux).

Le Conseil d'Administration du Syndicat des médecins spécialistes de l'appareil respiratoire, réuni le 13 mars 1932 à Paris, a adopté à l'unanimité les conclusions suivantes pour un projet d'organisation prophylactique par ces moyens :

- 1^o Acquisition dans chaque département d'une œuvre Grancher;
- 2^o Développement de l'œuvre des placements des tout-petits;
- 3^o Création d'un ou deux préventoriums par département;
- 4^o Etude des modifications à apporter à la loi des Assurances sociales en vue de faire bénéficier les tuberculeux de 3 ans de prestation-maladies, par analogie avec le statut qui régit les fonctionnaires de l'Etat;
- 5^o Subvention des Assurances sociales aux centres de recherches scientifiques, créés dans le but d'étudier le vaccin ou le traitement curateur d'une maladie contagieuse;
- 6^o Etude des modifications de la loi en vue de faire bénéficier les sujets admis au préventorium de la totalité du prix de journée et de l'application de cette disposition au delà de 6 mois, c'est-à-dire pendant tout le temps que persiste le risque de contagion familiale.

Ces mesures seraient évidemment très efficaces et ce sera toujours la lutte entre l'Etat qui ne veut pas lâcher d'argent et les besoins d'une lutte antituberculeuse qui nécessitent des frais immenses. Néanmoins une circulaire du 28 juillet 1931 du ministre du Travail et de la Prévoyance sociale aux Préfets essayait d'organiser la distribution des subventions des assurances sociales

pour la lutte antituberculeuse d'une façon assez rationnelle...

... Sur cette note d'espoir nous terminons ce travail qui, après avoir été la description surtout de la préservation de la tuberculose *au point de vue de la vie familiale*, nous aura amené à envisager tout cet immense problème de la prophylaxie qui englobe bien d'autres points de vue que ceux que nous avons simplement énumérés (n'entrant d'ailleurs que secondai-
rement dans le cadre de cet exposé).

Vu : le Président de la thèse,

G. TANON.

Vu : le Doyen,

BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Anchel.* — Le médecin au service de l'hygiène publique
(Le Conseiller médical, 15 décembre 1931).
- Armand Delille et Wapler.* — Ecoles de plein air et écoles
au soleil. Maloine, 1922.
- Armand Delille.* — Traité de la tub. pulm. inf. (Monde
médical, 1-15 nov. 1931).
- Armand Delille.* — Plac. des enfants (Journ. de Méd. de
Paris, 12 avril 1924).
- Armand Delille et Lestoquoy.* — Congrès interne de la Pro-
tection de l'enfance. Liège, juillet 1930.
- Armand Delille.* — Principaux aspects clin. de la tub. inf.
Maloine, 1929.
- Arnould.* — Tuberculose et cancer au point de vue social
(Presse médicale, 26 févr. 1927).
- Baillet.* — Du sana. à la cure libre (Marseille médical,
15 juillet 1928).
- Barbier.* — Tub. inf. Baillière, 1929.
- Barthélemy.* — La lutte antitub. sur le réseau de l'Etat
(Bulletin médical, 2 juillet 1932).
- Benech.* — Surmenage scolaire. (Prat. méd. franç., mai
1929).
- Bernard (L.) et Debré.* — Enfants de tuberculeux (Presse
méd., 19 févr. 1927).

- Prophylaxie de la tub. du nourr. (Revue d'Hyg. et de Pol. San., novembre 1920).
- Bernard (L.)*. — Les débuts et les arrêts de la tub. pulm. Masson, 1932.
- Beuf*. — La lutte contre la tuberculose à la campagne (Lyon médical, 3 avril 1927).
- Bezançon*. — Les bases act. du problème de la tub. Gauthier-Villars, 1926.
- Bohn*. — Centre de plac. fam. surveillé. Thèse Paris, 1929.
- Bohn et Bohn-Nageotte (M^{me})*. — Placement à la campagne (Paris méd., 6 novembre 1926).
- Centres d'élevages (Paris médical, 23 novembre 1929).
- Boigey*. — Exercices physiques chez les enfants (Expansion scient. franç.).
- Braeuning et Neumann*. Contagion familiale (Zeitschrift für Tub., n° 5, 1929).
- Briau*. — Assurances sociales et tuberculose (Presse médicale, 11 janvier 1928).
- Brunon*. — Proph. et Traité de la Tub. pulm. Maladie instable et curable. Doin, 1925.
- Calmette*. — L'inf. bac. et la tub. chez l'homme et chez les animaux. Masson, 1929.
- Cantonnet*. — Poumon tuberculeux. Petits Précis. Maloine.
- Cardis et Joannette*. — Identité des loc. radiol. des tub. fam. (Journal Méd. de Leysin, novembre 1931).
- Chaptal*. — Morale professionnelle de l'infirmière. Rouff, 1926.
- Chaussinaud*. — Vacc. contre la tub. par le B. C. G. Doin, 1931.
- Circulaire relative à l'organisation de la prévention* (Assu-

rances sociales). Ministère du Travail, 28 juillet 1931.

Colomban. — Conseils au tub. et à son entourage. Masson.

Consigny. — Maternité et travail. La mère et le nourrisson dans la famille ouvrière (La Réforme sociale, 1927).

Courmont. — Prophylaxie de la tuberculose (Monde médical, 1-15 novembre 1931).

Courmont, Lesieur, Rochaix. — Précis d'Hyg. Masson.

Couvelaire. — Le nouveau-né tub. (Acad. de Médec., 2 mars et 23 nov. 1926).

Couvelaire et Lacomme. — Hérité de la tuberculose (La Médecine, février 1931).

Couvelaire, Lereboullet, Lacomme. — Certificat prénuptial en France (Rapport à l'ass.intern. de Pédiatrie préventive. La Haye, septembre 1931).

Crouzon. — Les assurances sociales. Masson, 1931.

Debré et Jacquet. — Prophylaxie de la tub. du nourr. (Annales de Médec., 1920, n° 2).

Dercheid. — Tuberculose et examen médical avant le mariage (Scalpel, 22 nov. 1930).

Devraigne. — 25 ans de puériculture et d'hygiène sociale. Doin, 1929.

Dufestel. — Manuel de l'Ass. d'hyg. scolaire. Doin, 1925.

Dumarest. — Hygiène des tuberculeux. Doin, 1932.

Duvernois. — L'inspection méd. des Ecoles. Le François, 1931.

Enquête de la vie médicale. — Rôle de la transmission héréditaire et de la contagion dans la pathogénie de la tub. pulm. de l'adulte, nov. 1930-janv. 1931.

Ergebnisse der Sozialen Hygiene. Leipzig. G. Thième, 1929.

Eskenazy Vanves. — L'hygiène en action. Thèse Paris, 1930.

Feil. — Dépistage de la tub. dans les group. d'alimentation (Académie de Médecine, 24 nov. 1931).

Fiessinger (Ch.). — Les maladies dans les assurances sur la vie. Maloine, 1931.

Frank (A.). — La crèche de prophylaxie antitub. Le-grand, 1930.

Fruhinsholz. — La grande pitié des petits séparés (Maman, 20 juillet 1929).

Gardère. — Proph. de la tuberc. à l'Ecole (Lyon méd., 20 avril 1927).

— Proph. de la tub. à l'âge scolaire (La Médecine, août 1928).

Gilbert-Robin. — L'enfant sans défauts. Flammarion, 1931.

Goffaux et Declair Gayt. — La médecine scolaire. Doin, 1931.

Gommes. — Les assistances sociales ménagères, 1930.

Gorodelsky. — La protect. mat. et inf. en Russie. Arnette, 1929.

Guinard. — La pratique des sanat. Masson, 1926.

Hébert. — Etude médico-sociale sur la mortalité du premier âge. Arnette, 1930).

Henry. — La tuberculose conjugale (Revue tunisienne, mars 1927).

Ichok. — Le travail des malades et des infirmes. Maloine, 1932.

Jacquelin. — Pronostic de la tuberculose (Journal médical français, octobre 1929).

Jacquerod. — La cure de repos dans la tuberculose. Masson, 1931.

Jacquet. — Essai sur l'hygiène universitaire. Maloine, 1929.

Jeudon. — II^e Congrès Intern. des Ecoles de plein air. Bruxelles, avril 1931.

— Educ. phys. pédagogie et hygiène mentales (Hygiène mentale, t. XXVI, n^o 9, nov. 1931).

Jullien. — Rôle du méd. dans la lutte contre la tub. (Lyon méd., 10 avril 1927).

Kaletcheff. — Premières stat. de la vacc. prév. de la tub. par le B. C. G. Maloine, 1930.

Klein. — De la contamination des élèves par les maîtres tuberculeux (Zeitschrift für Tuberculose, décembre 1931).

Kohn et Gallet. — Nouvelle orientation de la profession de sage-femme (Siècle méd., 20 août 1931).

Labeaume. — Hyg. soc. des enfants du premier âge. Masson, 1925.

Lacomme. — Le nouveau-né issu de mère tuberculeuse. Thèse Paris, 1926.

Lebental. — La tuberculose du premier âge. Arnette, 1930.

Leclainché. — Le lait et la tub. humaine (Rev. gén. de méd. vét., 15 fév. 1932).

Lelong. — Le nouveau-né issu de mère tuberculeuse. Thèse Paris, 1925).

— Où envoyer un bacillaire ? (Journal médical français, juin 1927).

- Le Moal.* — Centres de diagn. et de prévention (Archives du droit médical et de l'hygiène, 1^{er} juillet 1932).
- Lesage.* — Surmenage scolaire (Ac. de Méd., 18 juin 1929).
- Lévy.* — La tuberc. dans la classe ouvrière. Maloine, 1929.
- Lévy-Falco.* — Les auxiliaires sociales (Presses Univers. de France, 1931).
- Lowys.* — Tuberculose chez la femme (J. des Praticiens, 30 mai 1931).
- Louys.* — Hygiène des tuberculeux (J. des Praticiens, 9 oct. 1926).
- Lujan.* — Etude sur l'organisation et la protection de la première enfance à Paris et dans la Seine. Le-grand, 1929.
- Lumière.* — Tuberculose. Contagion. Héritéité. Bailliére, 1931.
- Macaigne.* — Précis d'Hygiène. Bailliére, 1932.
- Mantoux.* — Cure de terrain chez les tuberculeux (Presse médicale, 7 septembre 1907).
- March.* — Hygiène sociale. Bailliére, 1930.
- Martiny et Morlaas.* — Rap. au I^{er} Congrès Intern. d'Enseignement technique, septembre 1931.
- Masson Oursel.* — Psychologie du tub. (Gazette médicale de France, août 1929).
- Merklen (L.).* — Ed. phys. pré-scol. aux Etats-Unis (Siècle médical).
- Merriel.* — L'Hygiène de l'Enfant de 10 ans. Arnette, 1928.
- Mignon.* — Ed. psych. de l'enfance. Paris, Lethielleux.
- Molinery.* — Camp thermal pour les enfants (Soc. de Méd. de Paris, mai 1930).

Montreuil Strauss. — La lutte contre la mortalité infantile. Rouff, 1926.

Morland. — La mentalité du tuberculeux (The Lancet, 23 janvier 1932).

Mouisset (A.). — Prop. de la tuberculose (J. de Médecine de Lyon, 1920, p. 309).

Mouriquand. — Les inadaptés urbains (Communication à l'Ac. de Méd., mai 1932).

Nobécourt. — Clinique médicale des enfants (La Tuberculose. Masson, 1930).

— Surmenage scolaire (Annales de l'Enfance, mai-juin 1929).

Nobécourt et Schreiber. — Hyg. soc. de l'Enfance. Masson, 1922.

Notice sur le vaccin B. C. G. — Institut Pasteur de Paris.

Odier. — Les formes curables de la tub. du nourr. Arnette, 1929.

Parisot. — L'organisation de la lutte antitub. Berger-Levrault, 1929.

Péhu et Dufourt. — Tuberculose médicale de l'Enfance. Doin, 1928.

Perrier. — La cure de travail chez les tuberculeux chirurgicaux à Leysin. Thèse Montpellier, 1931.

Perrin-Barreau. — L'assistante d'hyg. sociale. Arnette, 1928.

Perroneau. — Préservez vos enfants de la tub. Garnier, 1924.

Petri. — Prot. de la mat. et de l'enf. en Italie. Consid. social. Le François, 1926.

- Pic.* — La lutte contre la tuberculose dans la famille
(Lyon méd., 10 avril 1927).
- Pierret et Romain.* — Un centre de proph. antitub. Villard
de Lans (Société des Médecins de Nice, 15 mars
1929).
- Piery et Roshem.* — Histoire de la tuberculose. Doin,
1932.
- Poix.* — Armement antitub. en France.
— La vacc. prév. de la tub. par le B. C. G. (Presse
médicale, 16 juillet 1932).
- Porot.* — Etats psychopathiques des tuberculeux (Rev.
gén. de Méd. et de Chir. de l'Afrique du Nord,
avril 1927).
- Recueils des travaux de la Commission permanente de pré-
servation de la tuberculose* (Ministère de la Santé
publique).
- Renauld-Capard.* — B. C. G. et lutte antituberculeuse en
Belgique (Scalpel, 4 janvier 1930).
- Rheuter.* — Sep. de mère et enf. et les moyens de l'éviter
(Gyn. et Obst., 1927, n° 3.)
- Ribadeau-Dumas.* — Tuberculose pulmonaire du nourris-
son. Doin, 1931.
— Les débuts de la tub. pulm. Flammarion, 1927.
- Rist.* — La tuberculose. Armand Colin, 1928.
- Rœderer.* — Travail des infirmes (Soc. de Méd. de Paris,
mai 1932).
- Romain.* — Sports d'hiver et hygiène de l'Enfance, 15 no-
vembre 1930.
- Ronse.* — Psychologie des tuberculeux. Thèse Paris, 1932.
- Rosenthal.* — Quel métier procurer à un tuberculeux (La
Clinique, oct. 1928).

Roueché. — Notions d'Hyg. soc. de l'Enfance. Maloine, 1930.

Roussel. — La tuberculose conjugale. Thèse Nancy. Maloine, 1923.

Roux et Roure. — Contre la tuberculose, pour la race. Legrand, 1923.

Roux. — Maladies sanator. Trait. post-sanator. (Marseille médical, 15 févr. 1927).

Sanarelli. — L'hérédité et la contagion dans la tuberculose. Payot, 1932.

Sand. — Le service social à travers le monde. Maloine, 1932.

Scheel. — Les causes de la régression de la tuberculose (Acta Medica Scandinava, 23 décembre 1931).

Sergent. — La tuberculose. Traité, t. I, XVII, XVIII, XXXIII. Maloine.

Sewal Gardner. — L'infirmière visiteuse (Presses universitaires, 1926).

Soper. — Plan standart de lutte antitub. (Union inter. contre la tub., juillet 1931).

Stéphani. — La tub. pulm. guide du malade et du prédisposé. Payot.

Taillens. — Les enfants tuberculeux (Biblio. de Patho. inf., 1931).

Tanon. — Surveillance médicale des nourrices (Revue médicale de France, décembre 1930).

— Hygiène. Petits Précis. Maloine, 1930.

Travail des tuberculeux. — Congrès de La Haye, 1931.

Trisca. — Prot. du nourr. et de la matern. en Allemagne. Baillière, 1926).

Vanicek. — Vaccination Calmette-Guérin chez les nouveau-nés en Tchécoslovaquie (Trav. de l'Inst. d'Hyg. publ. de l'Etat tchécoslovaque, 4^{er} fasc., 1932).

Vanbockstael. — Assist. soc. des enfants de moins de 6 ans. Thèse Paris, 1929.

Veil Picard. — Les centres de Puériculture. Thèse Paris, 1927.

Viborel. — La technique moderne de la propagande d'Hyg. soc. Maloine, 1932.

Vigné. — Cure de travail chez tuberculeux.

Vignes et Lestouy. — Enfants de tuberculeux (Annales de l'Enf., décembre 1926).

Wolfsohn. — Les villages de tub. en Angleterre. Thèse Paris, 1924.

Zola (J.-E.). — Prophyl. de la tub. du nourr. Thèse Paris, 1921.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	1
CHAPITRE PREMIER. — <i>Les divers cas de contagion et la sanction thérapeutique</i>	
1. Le nourrisson	13
2. L'enfant et l'adolescent	24
a) Age préscolaire	26
b) Age scolaire	29
c) Age post-scolaire	33
3. L'adulte	40
4. La sanction thérapeutique	44
CHAPITRE II. — <i>Psychologie et physiologie de la séparation</i>	
	49
CHAPITRE III. — <i>La séparation et ses moyens. La lutte antituberculeuse</i>	
	65
CHAPITRE IV. — <i>Le foyer du tuberculeux guéri</i>	
	85
CONCLUSIONS	93
BIBLIOGRAPHIE	97

